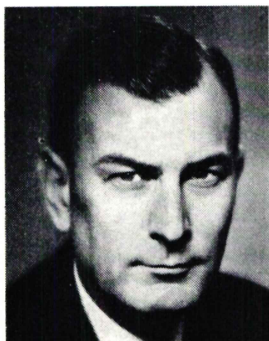


Samordning av primärkommunal och landstingskommunal vård



Gunnar Lindgren

Professor Gunnar Lindgren presenterar nedan i ett antal postulat de viktigaste frågorna för samordning av primärkommunal och landstingskommunal vård.

Artikelförfattaren är professor i socialmedicin vid Lunds Universitet, överläkare vid socialmedicinska kliniken i Malmö och konsultläkare vid Lunds lasarett.

Behovet att samordna primärkommunal och landstingskommunal vård är det egentliga grundtemat i dagens konferens.

Några av de problem som är mest betydelsefulla och i behov av en snabb lösning har presenterats i särskilda föredrag. Avdelningschef Svensson och överläkare Pers har sålunda framförallt ägnat sig åt åldringsvården, överläkare Lagergård åt problemfamiljerna och överläkare Westrin åt samordningen av medicinsk och social vård på en vårdcentral.

Min uppgift har varit att söka få fram och att i ett fåtal postulat formulera de viktigaste frågorna inom samordningsproblematiken för att på så sätt bidra till att ge stoff och stadga åt dagens debatt. Utan viss styrning kan den till följd av ämnets natur riskeras bli utflytande, flaxig och föga konstruktiv.

De punkter jag presenterar är resultatet av diskussioner med medarbetarna på institutionen för socialmedicin och konsultationer av ett icke obetydligt antal kolleger med varierande utbildning och yrkesställning.

Anförande vid socialmedicinsk konferens i Lund 25 maj 1972.

1. Samma förtroendemän bör ha budgetansvaret för **såväl** medicinsk **som** social vård.

Separat ekonomi för primärkommunen och för landstingskommunen medför delat ansvar. Medicinska och sociala krav ävensom behov av annan art som på sikt kan inverka på storleken av medicinska och sociala anslagsäskanden, bör alla ha samma möjligheter att konkurrera i den lokalpolitiska prioriteringsprocessen.

"Att välja är att försaka". Prioritering inom en totalram kan förväntas ske med större omsorg än prioritering inom en ram, som endast omfattar en starkt begränsad del av skatteinkomsterna. I det förre fallet finns ej möjlighet för en förtroendeman eller en grupp av förtroendemän att kämpa för sina anslagskrav mot andra grupper av förtroendemän som om dessa var utomstående.

Härtill kommer att åtgärder inom det medicinska området indirekt kan medföra betydande

~~~~~  
*Prioritering inom en totalram kan förväntas ske med större omsorg än prioritering inom en ram, som endast omfattar en starkt begränsad del av skatteinkomsterna.*  
~~~~~

kostnader för den sociala sektorn och vice versa. Om exempelvis genom ett starkt ekonomiskt stöd de medicinska åtgärderna förbättrats i sådan grad att fler långtidssjuka patienter lever längre medför detta ökade krav ej endast på den medicinska vårdapparaten utan även på den sociala, vilken kanske i viss mån blivit svältfödd som en följd av att kraven från den medicinska sektorn tillgodosetts i första hand. Försummas å andra sidan de sociala faktorerna t ex vid samhällsplaneringen — administrativt eller topografiskt — kan resultatet bli en ökad produktion av asociala element, som i sinom tid kommer att belasta den sociala och senare även den medicinska vårdsektorn.

2. Ansvar för den enskilde patienten bör ligga på **en** person, **en** huvudman eller **en** förtroendemannagrupp och ej lätt kunna överflyttas på annan.

För *åldringarna* bör gälla både vid tillfrisknande efter sjukdom, vid insjuknande och vid "normala" omhändertaganden av olika slag att motiveringar av typen "denna patient är för frisk för att tas in på sjukhus" eller "denna klient är för sjuk för att tas in på ålderdomshem" ej skall kunna användas för att avlasta vårdnadsansvaret från den enskilde tjänstemannen, institutionsstyrelsen, nämnden eller förvaltningen.

Vuxna i produktiv ålder, som befinner sig i ett rehabiliteringsförlopp, har ett bestående handikapp, en psykisk störning eller alkoholbesvär kan ej så lätt och till förfång för behandlingen bollas från vårdinstans till vårdinstans, om den huvudman eller det samordningsorgan som eventuellt finns mellan olika huvudmän och som primärt tagit hand om patienten, får behålla sitt vårdnadsansvar även om patienten remitteras mellan olika vårdorgan.

3. Långtidsplanering av behandlingen vid långvariga sjukfall kräver ofta en koordination av medicinska och sociala åtgärder.

En fullgod koordinering är ofta förutsättningen för att en behandling skall leda till framgång i kom-

plicerade långtidsfall. Koordination bygger i hög grad på planering och underlättas om de medicinska och sociala vårdsystemen integrerats på lämpligt sätt.

4. Behandling av problemfamiljer kräver en samordning av medicinska och sociala åtgärder för att bli framgångsrik.

Det är ej ovanligt att medicinska och sociala problem anhopas hos en och samma familj. De störningar av medicinsk eller social art som drabbat en familjemedlem kan ge upphov till eller försvåra behandlingen av störningar hos en annan familjemedlem och så småningom uppstår en ond cirkel. Familjen kan på så sätt bli synnerligen vårdkrävande och behandlingen komplicerad. Denna underlättas väsentligt om den medicinska och den sociala vårdapparaten är väl integrerade. Viktigt är framförallt att de vårdteam som skall ha hand om familjen icke blir för stora och att de personer som gemensamt svarar för behandlingen verkligen lär känna varandra i aktivt samarbete under lång tid.

5. Kvalificerad socionommedverkan i kontinuitet.

Vårdtiden på sjukhus är för många patienter endast en episod och ofta en kort sådan i ett långt och ej sällan brokigt levnadsförlopp. Sjukhuskuratorn kan i många fall verksamt bidra till ställandet av en diagnos i oklara eller komplicerade sjukdomsfall. Icke sällan är emellertid vårdtiden endast några dagar eller veckor och patientens tillstånd tillåter ej en mera detaljerad kuratorsutredning under initialskedet.

Betydande svårigheter kan uppträda under en utdragen behandling, då patienten lämnat sjukhuset och ev återgått till sin läkare utanför det-

Viktigt är framförallt att de vårdteam som skall ha hand om familjen icke blir för stora och att de personer som gemensamt svarar för behandlingen verkligen lär känna varandra i aktivt samarbete under lång tid.

samma. Vem skall då ha ansvaret för att den sociala behandlingen fullföljs — kuratorn på sjukhuset eller en kvalificerad socialarbetare i patientens närmiljö. Problemet är så komplext, att det tarvar en egen utredning. Det löses ingalunda enbart genom en totalintegration av medicinsk och social vård.

6. Erfarenheter från medicinsk behandling inom psykisk barn- och ungdomsvård bör utnyttjas vid planering av förebyggande sociala åtgärder.

Splittringen på skilda huvudmän av medicinsk och social vård försvårar på flera sätt kontakterna och informationsutbytet mellan de olika huvudmännens administrativa centralorgan, sjukhuskliniker, socialbyråer och fälstarbetare av olika slag, både i det enskilda fallet eller vid planering för samhället i stort. Erfarenheter från Malmö, där en långtgående integration av de medicinska och sociala vårdorganisationerna kunnat genomföras, bestyrker uttalandet.

7. Allmänläkaren har en bred kontaktyta med sociala problem.

Allmänläkaren har under några decennier av snabb specialisering kommit något i skymundan. På senare tid har emellertid hans ställning, arbetsuppgifter och möjligheter att agera börjat diskuteras i allt fler länder. Den allmänna uppfattningen har alltmer blivit den att allmänläkaren har en central funktion att fylla i ett utbyggt och välbalanserat vårdssystem. Ett sådant behöver både allmänläkare och specialister. Allmänläkaren har genom sin placering i vårdkedjan bättre möjligheter än specialisten att lära känna patientens miljö. Han har också bättre förutsättningar än denne att kunna följa sin patient under lång tid och under olika sjukdomsepisoder. Under förutsättning att han har en lämplig utbildning bör han vara väl skickad att vara den som tar hand om majoriteten av patienternas socialmedicinska problem.

De mest komplicerade socialmedicinska fallen bör allmänläkaren hänvisa till socialmedicinaren på samma sätt som han remitterar till vilken spe-

De mest komplicerade socialmedicinska fallen bör allmänläkaren hänvisa till socialmedicinaren på samma sätt som han remitterar till vilken specialist som helst när han behöver råd eller bistånd.

cialist som helst när han behöver råd eller bistånd. De socialmedicinska problemen är så vanliga i en normal läkarverksamhet att det skulle leda till orimliga konsekvenser om socialmedicinsk verksamhet skulle utgöra ett monopol för socialmedicinarna. Socialmedicinsk diagnostik och behandling förutsätter ett direkt samarbete mellan läkare och socionom. En topografisk närhet till primärkommunens socialarbetare eller ännu hellre en organisatorisk integration av de medicinska och sociala vårdapparaterna bör vara ägnad att underlätta allmänläkarens socialmedicinska funktioner. På motsvarande sätt torde primärkommunens socialarbetare ha nytta av direktkontakten med sjukvårdens representanter.

Flertalet av de socialmedicinska problem sjukhusspecialisten möter förutsättes bli lösta av denne i direkt samarbete med respektive specialkliniks kuratorer.

8. Planering av vårdsystem.

En riktig avvägning av de medicinska och sociala vårdsystemen i förhållande till varandra är nödvändig för att det sammanlagda resultatet av de bägge systemens verksamhet skall bli det totalt sett bästa möjliga i förhållande till de ekonomiska och personella resurser, som utnyttjats.

För att uppnå en sådan effektivitetsgrad krävs ej endast avgöranden vid budgetbehandlingen utan även en ingående medicinsk och social samplanering.

9. Informationsutbytet mellan sjukvård och socialvård hämmas av splittringen på två vårdsektorer.

För ett effektivt socialmedicinskt samarbete krävs att informationen mellan ett behandlingsteams

medlemmar flyter lätt. Samordning mellan sjukvård och socialvård behövs i någon form för att informationsflödet skall bli tillfredsställande. Problemet är komplicerat. Sekretessfrågor och socialvårdens skyldigheter att i vissa sammanhang behöva tillgripa tvångsåtgärder utgör några av hindren i integrationsprocessen.

10. En hemvård, som i betydelsefull grad skall kunna reducera trycket på den slutna vården kräver en långt gående integration av medicinska och sociala åtgärder.

Långtgående samverkan mellan medicinska och sociala åtgärder inom hemvården krävs antingen denna är av starkt centraliserad typ som i Malmö eller den är huvudsakligen förlagd till vårdcentralerna.

I Malmö har sjukvården och socialvården samma huvudman

Malmö kommun är huvudman för såväl sjukvård som socialvård inom kommunen. Bägge verk-

samhetsgrenarna representeras av samma kommunalråd i kommunstyrelsen. Åtskilliga av de problem som antytts i de ovan angivna 10 punkterna har därför kunnat lösas eller i varje fall betydligt reduceras som en följd av denna administrativa konstruktion. Det är emellertid mycket som återstår att göra. Det är därför naturligt att verksamheten vid den socialmedicinska institutionens Malmö-avdelning snabbt expanderat. Hur inom densamma en långt gående integration av medicinska och sociala funktioner kunnat genomföras har redovisats i ett tidigare nummer av denna tidskrift (5/71), till vilket hänvisas.

Ett anförande om **problemfamiljer** hölls av **överläkare Ingmar Lagergård** i Malmö. Synpunkter från detta planeras komma med i en kommande artikel från Malmö om erfarenheter från speciellt organiserad fosterhemsplacering för barn- och ungdomspsykiatrisk eftervård.

Ett nytt tillskott i Socialmedicinsk tidskrifts skriftserie

Lars H Gustafsson: Barnolycksfall i Östersund

En studie över skilda faktorerers betydelse för uppkomsten av olycksfall bland barn före skolåldern.

I skriften redovisas resultaten av en undersökning om barnolycksfall i Östersund. I anslutning till detta och en omfattande litteraturgenomgång diskuteras ingående skilda faktorerers betydelse för uppkomsten av olycksfallen: den sociala bakgrunden, riskfaktorer i den fysiska miljön, tillsynen, undervisningen och barnets egen olycksfallsbenägenhet. I slutkapitlet lämnas en rad synpunkter på förebyggandet av barnolycksfall — eller barnskyddet.

Skrift nr 38. 112 sid. Pris kr. 10:— + moms.

Rekvireras från:

Socialmedicinsk tidskrift, Fack, 104 01 Stockholm 60
tel. 08/83 20 83, 87 43 91