

# Samverkan mellan primärvård och socialtjänst och primärvårdsforskningens framväxt

Per G Swartling<sup>1</sup> Kurt Svärdsudd<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Distriktsläkare under många år och vårdcentralschef vid Tierps vårdcentral. Han var därefter medicinalråd vid Socialstyrelsens primärvårdsenhet. Efter sin pensionering har han på deltid åter varit verksam som distriktsläkare vid Tierps vårdcentral. E-post: per.g.swartling@comhem.se.

<sup>2</sup>Lektor/distriktsläkare under ett par år inom allmänmedicin, därefter professor i epidemiologi vid Institutionen för allmänmedicin vid Uppsala universitet och sedan professor/överläkare i allmänmedicin där. Enheten för allmänmedicin och klinisk epidemiologi ingår numera som en enhet inom Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap. E-post: kurt.svardsudd@pubcare.uu.se

I denna artikel ges en överblick av historiken kring Tierpsprojektets tillkomst, dess syfte och hur projektet genomfördes. Det byggde på flera nya idéer. En sådan var att åstadkomma en samverkan mellan primärvård och socialtjänst för att förbättra både primärvårdens och socialtjänstens handläggning av patienter/klienter med problematik inom bådass verksamhetsområden. En annan ny idé var att genom systematisering, standardisering och datorisering av primärvårdens och socialtjänstens journaldata, främst diagnostik och åtgärder, skapa bättre möjligheter för forskning inom hälso- och sjukvårdsforskning, allmänmedicin, socialfarmaci och en rad andra discipliner. Projektet gav upphov till en kraftig utveckling av forskningen främst inom hälso- och sjukvårdsforskning, allmänmedicinsk och socialfarmaceutisk forskning.

In this report a review of the background, the history, and the performance of the Tierp project is given. The project was based on several novel ideas. One of these aimed at creating a co-operation between primary health care, or general practice, and the social services, in order to improve the quality of care of patients/clients with mixed medical and social problems. Another novel idea was to create more optimal possibilities for research within health services research, family medicine, social pharmacy and other disciplines, than was at hand before the project started. This was done by collecting record data more systematically, standardising data, and feeding the data into computerised media, thereby facilitating data analysis. The project gave a strong impetus to the development of research primarily within health services research, family medicine, and social-pharmaceutical research.

Under 1960-talet växte det fram en tanke om att skapa en brygga mellan den öppna sjukvården och kommunens sociala arbete för att få ett helhetsperspektiv på den vårdsökande individen. Dessa tankar låg även bakom sammanslagningen av tidigare Medicinalstyrelse och Socialstyrelse till den nya Socialstyrelsen 1968. I slutet av 1960-talet började primärvården organiseras i vårdcentraler. Fram till denna tid hade provinsialläkarna arbetat var för sig vid enläkarmottagningar, men vid vårdcentralen tjänstgjorde flera provinsialläkare tillsammans med distriktssköterskor och annan personal. Den första vårdcentralen startades i Dalby 1968. Ragnar Berfenstam tog initiativ till att pröva en närmare organisatorisk samverkan mellan socialtjänst och den öppna sjukvården vilket fick stöd hos Socialstyrelsen och ledde fram till Tierpsprojektet under medverkan av Landstinget i Uppsala län och Tierps kommun.

## Tierpsprojektet

I Tierps kommun prövades från 1971 i projektets form under ett tiotal år en formaliserad samverkan mellan primärvård och socialtjänst. Vid sidan av de praktiska försöken syftade Tierpsprojektet också till att studera sjukdomsförekomst och hälsoläge i kommunen samt sjukvårdsutnyttjandet i en definierad befolkning. Redan före projektets början fanns informella kontakter mellan distriktssköterska och socialarbetare/hemtjänstpersonal samt mellan provinsialläkare (efter 1972 benämnd distriktsläkare) och distriktssköterska men kontakterna mellan läkare och socialarbetare var sparsamma.

Ragnar Berfenstam hade från början visionen att den nya vårdcentralen i Tierp, som kom till 1974 genom sammanslagning av fyra provinsialläkarmottagningar, skulle lokalmässigt integreras med socialtjänsten. De vårdsökande skulle göra entré genom en gemensam ingång och antingen träffa provinsialläkare/sjuksköterska eller socialsekreterare, med rum bredvid varandra. En sådan samlokalisering borde ge optimala möjligheter till samverkan och förståelse för varandras arbetssätt [1].

Det gick dock inte att driva samordningen så långt av flera skäl, men arbetet kunde ändå integreras i betydande utsträckning och längre än dittills prövats på någon annan plats i Sverige eller utomlands. Socialtjänstens lokaler och vårdcentralen förlades i nära anslutning med en kort förbindelsegång. Detta gav möjlighet för all personal att träffas vid måltider och fikapauser och underlättade dagliga kontakter kring gemensamma vårdsökandes problem.

## Socialmedicinska arbetslag

Av flera skäl ansågs det nödvändigt att formalisera samverkan. Det fanns på ömse sidor en osäkerhet om rollerna och oklara begrepp om motpartens utbildning, kompetens och attityder till den givna vården. Sålunda bildades arbetsgrupper för samverkan. Tierps kommun delades in i fyra, så småningom fem, ansvarsområden gemensamma för distriktsläkare/distriktssköterska och socialsekreterare. I varje område bildades ett

socialmedicinskt arbetslag, där det ingick läkare, distriktssköterska, socialarbetare och hemvårdsledare med ansvar för samma del av kommunens invånare. Arbetslaget träffades varje vecka och diskuterade enskilda patienter/klienter som av någon i teamet ansågs ha problem av både social och medicinsk karaktär och som behövde multidimensionell belysning. Patienten förutsattes vara införstådd med att hans/hennes problem diskuterades i arbetslaget och deltog ibland själv i mötena.

## Områdesgrupper

En annan samarbetsform var områdesgruppen med ansvar för samma kommunedel som det socialmedicinska arbetslaget. Förutom deltagarna i arbetslaget ingick representanter för skola samt kultur- och fritidsförvaltning. Gruppen träffades en gång i månaden med syfte att ägna sig åt konstruktiva, allmänpreventiva insatser som kunde förutsättas gynnsamt påverka samhällsliga förhållanden och de boendes hälsosituation och sociala välbefinnande. Ofta behandlades olika vård- och stödfrågor för äldre, liksom fritidsfrågor för ungdom. Mötena protokollfördes av en projektanställd sekreterare. Många ärenden rörde remissyttranden till kommun och landsting. Deltagarna kunde engagera sig livligt i samhällsdebatten, ibland till viss irritation hos politiker som fått ytterligare en remissinstans, dock oftast till nytta.

## Samverkan i de socialmedicinska arbetslagen

Uppföljande studier gjordes av en deltagande observatör under nio månader

med huvudsyfte att se i vilken utsträckning ett verkligt samarbete kommit till stånd och förbättrat handläggningen av den enskilda vårdtagaren. Resultatet blev att ärenden oftast begränsades till att behandla delproblem och därmed saknade helhetsbedömning. Diskussionerna var ofta ytliga. Deltagarna såg själva på samarbetet som i huvudsak ett informationsutbyte men uttryckte samtidigt en önskan om ökat engagemang och bättre förberedelse inför mötena. Täta byten av läkarvikarier försvårade gruppens arbete. Mot slutet av projektiden ändrades socialtjänstens organisation och den lokala områdesindelningen togs bort. När projektet avslutades 1982 upphörde snart de regelbundna mötena i arbetslagen och socialförvaltningen flyttade till nya lokaler utan kontakt med vårdcentralen. Samarbetet fortsatte dock i viss utsträckning med personliga kontakter, framför allt inom äldrevården.

## Vårdcentralens syn på samverkansprojektet

När Tierpsprojektet startade i början av 1970-talet visade både hälso- och sjukvårdens personal och socialvårdens tjänstemän stor tveksamhet inför de nya arbetsformer som föreslogs. En förklaring kunde vara skillnader mellan verksamheterna i synsätt, arbetsätt och funktioner, utbildning och traditioner. Det var även stor tveksamhet mot planerna att delta i insamlandet av de medicinska data som krävdes för att få den dokumentation som var nödvändig för att i efterhand kunna bedöma resultaten av de nya arbetsformerna. Man var även rädd för att

materialinsamling för vetenskaplig bearbetning skulle äventyra patientens/klientens integritet. Efterhand släppte tveksamheten och alla deltog pliktroget och många även med entusiasm. De regelbundna mötena upplevdes som välkomna avbrott i det krävande sjukvårdsarbetet och kontakten med andra yrkeskategorier var berikande och stimulerande. Den personal som inte deltog i projektet, framför allt sjuksköterskor, kunde dock uppleva projektet som en belastning då läkarna försvann från mottagningarna för att delta i möten. Socialarbetarna såg dock positivt på projektet. Man fick lära sig att samarbete med sjukvården var till nytta för de vårdsökande, och man arbetade upp kanaler som fortsatte att fungera även efter projektets avslutning [2, 3].

## Fortsatta samverkansformer i Sverige

Även om Tierpsprojektet med sin samverkan mellan primärvård och socialtjänst inte innebar någon fortsatt verksamhet i Tierp enligt de högt ställda intentionerna, hade projektet stimulerat till nya samarbetsformer på olika håll i Sverige och blev en förebild för många vårdcentraler. Under 1990 gjorde Ragnar Berfenstam i samarbete med Bengt Haglund en rikstäckande studie av organiserad samverkan mellan primärvård och socialtjänst [4]. Samverkan rörde framför allt äldreomsorgen men även samverkan beträffande långvarigt sjuka var vanligt. Mer än tre fjärdedelar av de primärvårdsanställda arbetade inom primärvårdsområden där sådan organiserad samverkan förekom.

Informella men regelbundna kontakter förekom i hög utsträckning mellan distriktsläkarna och socialtjänsten. Nära två tredjedelar samverkade med hemtjänsten och drygt en tredjedel med socialsekreterare. Den vanligaste samverkanspartnern till distriktsläkarna var dock försäkringskassan, som mer än tre fjärdedelar av läkarna samverkade med.

Exempel på genomslaget för Tierpsidéerna kan hämtas bland annat från Örebro kommun där gemensam områdesindelning, samlokalisering och gemensamma arbetsformer tidigt utvecklades efter mönster från Tierp. De försök med primärkommunal primärvård som inom frikommunförsökets ram bedrivits i Örebro och ett antal andra kommuner kan också ses som en vidareutveckling av samverkansidéerna. Även ÄDEL-reformen i början av 1990-talet innebar en långt gången samverkan mellan sociala och medicinska insatser.

Det samhällsinriktade arbete som områdesgrupperna ägnade sig åt under projekttiden har fått en viss fortsättning i kommunernas lokala hälsoråd. Primärvården har inte längre ett operativt ansvar för befolkningsinriktat folkhälsoarbete – vilket man aldrig kunde leva upp till – men i de kommuner som har lokalt hälsoråd har distriktsläkare och distriktsköterskor kunnat förmedla sina erfarenheter om hälsoproblem i distriktet. Enligt Socialstyrelsens primärvårdsuppföljning 1998 fanns lokala hälsoråd i hälften av landets primärvårdsdistrikt, i vilka primärvården oftast var representerad [5]. Det

förebyggande arbetet i hälsorådets regi var framför allt inriktat på ungdomsfrågor kopplade till alkohol, droger, våld och social problematik, men även olycksfall, särskilt inom trafiken.

Förutsättningarna för organiserad samverkan mellan primärvård och socialtjänst har försämrats efter de husläkarreformer som genomförts, där patienterna kan lista sig fritt hos en distriktsläkare utan anknytning till det område där de bor. Socialsekreterarna har inte heller som tidigare lokala answersområden utan arbetar efter inriktning på klienternas problemområden såsom missbruk, barnärenden etc.

## Primärvårdsforskningens framväxt

Primärvårdsforskning, eller allmänmedicinsk forskning som den senare kom att betecknas, kom igång i början av 1970-talet. Vid Lunds universitet var man tidigt aktiv inom området med den forskningsenhet inom öppen vård som etablerades vid Dalby vårdcentral. Senare samma decennium etablerades en allmänmedicinsk forskningsenhet inom institutionen för socialmedicin vid Umeå universitet. Den första formella institutionen för allmänmedicin etablerades i Uppsala 1982. Vid den tidpunkten var Tierpsprojektet väletablerat och höll på att avslutas. Därefter inrättades motsvarande institutioner och professurer i allmänmedicin vid samtliga medicinska fakulteter i landet.

En viktig del av Tierpsprojektet var inte bara att pröva nya former för samverkan mellan primärvård och so-

cialtjänst, utan även att skapa förbättrade förutsättningar för hälso- och sjukvårdsforskning och allmänmedicinsk forskning. I projektet ingick att diagnos sattes vid samtliga läkarbesök av behandlande läkare och all läkemedelsförskrivning kunde redovisas från apoteken i Tierp. Detta gav en ny möjlighet till forskning rörande olika patientgrupper, läkemedelsanvändning och vårdutnyttjande.

Vid Tierpsprojektets start var journalföringen i Sverige ännu inte datoriserad. Slutenvårdsjournaler var de enda med krav på diagnosregistrering och inmatning av diagnoskoder på datamedium, medan primärvårdsjournaler antingen fördes för hand eller skrivmaskin och bara undantagsvis var diagnoskodade. Inom Tierpsprojektets ram överfördes den insamlade informationen till datamedium, vilket medförde avsevärt förbättrade bearbetningsmöjligheter. Inom projektets ram bedrevs en intensiv forskningsverksamhet, inte bara av hälso- och sjukvårdsforskare utan även av allmänmedicinare, psykiatrer, farmaceuter, etc. Områden som belystes var bland andra läkemedelsanvändning [6, 7], metodutveckling beträffande patientläkarkontinuitet [8], karteringsmetoder för vårdutnyttjande [9], och äldre frågor [10]. Vidare publicerades ett dussintal avhandlingar baserade på data från Tierpsprojektet, bland annat inom palliativ medicin (Det sista levnadsåret) [11]. Dessutom använde Statistiska Centralbyrån primärvårdsdata från Tierpsprojektet, de enda representativa data som fanns i riket, för att belysa diagnosmönstret i primärvården för sin

Hälsostatistiska årsbok.

Under 1980-talet genomfördes en snabb datorisering av journalföringen inom primärvården i hela landet. I samband med det infördes även krav, eller i varje fall önskemål, om användning av diagnoskoder. Det innebar att många primärvårdsenheter fick tillgång till data av liknande slag som fanns i Tierpsregistret, vilket öppnade möjligheter för en bred allmänmedicinsk forskning.

## Allmänmedicinsk forskningsutveckling

Den allmänmedicinska forskningsinriktningen har efter etableringen av de allmänmedicinska akademiska verksamheterna utvecklats utefter huvudsakligen fyra spår. Initialt inriktades forskningen mot förekomst, i första hand prevalens, av vanliga sjukdomar i primärvården [12]. Denna forskningslinje har successivt fått mindre omfattning.

En andra forskningslinje har varit så kallad konsultationsforskning. Den har sitt ursprung i Storbritannien och syftar till att analysera faktorer av betydelse för ett rikhaltigt utbyte för båda parter vid patient-läkarkonsultationen, och det utfall utbytet får i termer av patienttillfredsställelse och sökbetaende. Alla allmänmedicinska enheter i Sverige har bedrivit någon form av konsultationsforskning, även om allmänmedicinen i Umeå under lång tid hade den som dominerande forskningslinje [13]. Internationellt har allmänmedicinen i Norge, Storbritannien och Nederlän-

dena varit dominerande [14-16]. Betydande kunskap har genererats ur denna forskning. Under senare tid har denna forskningslinje minskat i omfång och betydelse, möjligen på grund av de ändrade organisatoriska premisserna för primärvård i Sverige och andra länder, med ökad listning och minskat områdesansvar.

En tredje forskningslinje har varit ”gräv-där-du-står” forskning. Det innebär att man i första hand bedrivit forskning baserad på sina egna patientmaterial. Ett problem var initialt att patientmaterialen var små och selekterade ur den aspekten att enbart patientdata från en distriktsläkare eller en vårdcentral ingick i materialet. Senare har forskningslinjen utvecklats mot större och mera representativa material genom att patientdata från flera vårdcentraler använts [17].

En fjärde forskningslinje har varit epidemiologiskt inriktad forskning, där kliniska patientmaterial kombinerats med registerdata. Tendensen under senare tid har varit att materialen blivit allt större, delvis på bekostnad av att informationsinnehållet fått begränsats. Tierpsdatabasen, som är baserad på diagnos- och en del andra data från Tierpsprojektet är ett exempel på denna typ av forskningslinje. Materialet har främst utnyttjats för forskning kring läkemedelsutnyttjande [7] och för forskning kring diabetesbehandling och dess effekter [18].

## Framtida utveckling

En intressant kombination av forskningslinje tre och fyra är för närva-

rande under utveckling. Inspirationen kommer återigen från Storbritannien, där kompletta journaldata från ett stort antal vårdcentraler i East Anglia lagrats i en primärvårdsdatabas. Databasen omfattar journaldata från mer än en miljon patienter. Tillgång till de data man söker bygger på sökmotorer som kan identifiera intressanta data i journaltext. Databasen har använts för ett stort antal studier [19].

Socialstyrelsen fick under 2009 i uppdrag att etablera en nationell öppenvårdsdatabas liknande den som finns för slutenvård. Diskussioner pågår för närvarande om databasens omfattning beträffande informationsinnehåll, och om databasens organisation och vem som ska vara registerhållare. Inom flera svenska sjukvårdsregioner pågår arbete med att etablera regionala databaser av denna typ. Sådana finns redan i Västra Götalands- och Skåne-regionerna. I Region Skånes databas ingår även data från andra delar av landet. Om databasen kommer till stånd med ett innehåll liknande den brittiska, innebär det en ytterligare kraftig förbättring vad avser allmänmedicinska forskningsmöjligheter. Den är dock beroende av ny teknik, främst vad gäller datainsamling och distributionsteknik. Det ideal som eftersträvas är att data i samband med att de införs i journalen även automatiskt överförs till en nationell forskningsdatabas. Problemen med en sådan databas är inte främst tekniska, tekniken finns redan, utan etiska, inte minst problematiken kring informerat samtycke.

## Vad är allmänmedicinsk forskning?

Det har ända sedan den allmänmedicinska forskningen etablerades pågått en diskussion om forskningens form och inriktning ("vad är allmänmedicinsk forskning?"). Formen återspeglas av de fyra forskningslinjer som redovisats ovan. Inriktningen på ämnesområden har uppvisat stor variation och därför anklagats för att vara "ofokuserad" och "ytlig". Ett argument för den stora variationen på ämnesområdet har varit primärvårdens ansvarsområde, som omfattar hela panoramat av ohälsa. I linje med det bör forskningen ha samma panorama. Mot det står den sjukhusbaserade forskningen, som i konformitet med den slutna sjukvårdens begränsade diagnostiska ansvarsområde, som regel uppvisar kraftig fokusering på ett smalt område och med betydande djup.

En lösning på denna problematik kan vara organisationsformen. Inom alla allmänmedicinska akademiska enheter har forskarna i allmänhet uppträtt som en samlad forskargrupp, trots att det inom de en gång samlade grupperna uppstått subgrupperingar genom framväxt av nya forskargrupper. Att de en gång var samlade beror på att det vid starten oftast bara fanns en senior forskare. Vid alla institutionsenheter finns idag en lång rad disputerade forskare som etablerat egna forskargrupper inom ramen för de gamla samlade forskargrupperna. Ett sätt att tillgodose kravet från den kliniska professionen på forskning inom ett brett diagnostiskt panorama och kravet

från forskningsfinansiärerna på fokus i forskningen kan vara att de samlade forskargrupperna vid de allmänmedicinska akademiska enheterna delas upp i ämnesspecifika forskargrupper med möjlighet att driva forskning inom sina fokusområden. En konsekvens kan då bli att de allmänmedicinska enheterna avvecklas och ersätts med ett antal allmänmedicinska forskargrupper in om ramen för sina storinstitutioner.

Den allmänmedicinska forskningen har således under de senaste decennierna genomgått en snabb tillväxt både vad gäller antal forskare och publiceringsvolym. Ett antal forskningslinjer har vuxit fram, mognat och därefter minskat i omfång. Med nya tekniska hjälpmedel är nya forskningsmöjligheter under utveckling. Den allmänmedicinska forskningen har uppnått mognad.

## Referenser

1. Berfenstam R & Smedby B. Samverkan mellan medicinsk och social vård. *Socialmedicinsk tidskrift* 1976;53(5-6):365-72.
2. Berfenstam R & Placht R. Toward coordination of health and social services: substance and means in cooperation. In: Christa Altenstetter (ed.) *Innovation in health policy and service delivery. A cross-national perspective. Research on Service Delivery. Volume III.* Inc Cambridge, Massachusetts: Oelgeschlager, Gunn & Hain, Publisher, 1981:179-92.
3. Braun, G & Haglund, B. Primärvårdens, socialtjänstens och elevvårdens medverkan i samhällsplaneringen. Erfarenheter från Tierpsprojektet. *Socialmedicinsk tidskrift* 1984;61(3-4):166-71.
4. Berfenstam R, Haglund B. Samverkan mellan primärvård och socialtjänst. I: Smedby B & Haglund B (red.). *Vad kan vi lära av Tierpsprojektet? En jubileumsskrift* Enheten för forskning inom primärvård och socialtjänst, Uppsala universitet 1991. ISBN 91-506-0880-0.
5. Från slitna honnörsord till praktisk verksamhet. Slutrapport från Socialstyrelsens primärvårdsuppföljning. ISBN 91-7201-251-X ISSN 1103-5706 Artikelnummer 1998-15-002.
6. Wreje UC, Isacson D, Åberg H. Oral contraceptives and back pain in women in a Swedish community. *Int J Epidemiol* 1997; 26:71-74.
7. Bingefors K, Isacson D, von Knorring L, Smedby B, Ekselius L, Kupper LL. Antidepressant-treated patients in ambulatory care. Long-term use of non-psychotropic and psychotropic drugs. *Br J Psychiatry*. 1996;168:292-298.
8. Smedby Ö, Eklund G, Eriksson EA, Smedby B. Measures of continuity of care. A register-based correlation study. *Med Care*. 1986;24(6):511-518.
9. Haglund B. A cartographic study of hospital utilization in the county of Uppsala. *Soc Sci Med*. 1989;28:141-146.



10. Gustafsson TM, Isacson DG, Thorslund M. Mortality in elderly men and women in a Swedish municipality. *Age Ageing*. 1998;27(5):585-593.
11. Rinell-Hermansson A. Det sista året: omsorg och vård vid livets slut. Akademisk avhandling. Uppsala universitet 1990.
12. Andersson DK, Svärdsudd K, Tibblin G. Prevalence and incidence of diabetes in a Swedish community 1972-1987. *Diabet Med*. 1991;8:428-434.
13. Hamberg K, Risberg G, Johansson EE, Westman G. Gender bias in physicians' management of neck pain: a study of the answers in a Swedish national examination. *J Womens Health Gend Based Med*. 2002;11:653-666.
14. Malterud K. The encounter between the general practitioner and the female patients. *Scand J Prim Health Care*. 1990;8:241.
15. Palmer K. The GP consultation. *Practitioner* 1990;234:966-8.
16. Ram P, Grol R, Rethans JJ, Schouten B, van der Vleuten C, Kester A. Assessment of general practitioners by video observation of communicative and medical performance in daily practice: issues of validity, reliability and feasibility. *Med Educ*. 1999;33:447-454.
17. Kristiansson P, Björholt I, Siewert-Delle A, Svärdsudd K. To what extent do patients in general practice reach guideline lipid-lowering treatment goals? *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2007;14:149-151.
18. Jan Stålhammar. Drug treatment practice in diabetes mellitus during 1975-1994 : population-based pharmacoepidemiological studies. Akademisk avhandling. Uppsala universitet 2000.
19. Ronquist G, Rodríguez LA, Ruigómez A, Johansson S, Wallander MA, Frithz G, Svärdsudd K. Association between captopril, other antihypertensive drugs and risk of prostate cancer. *Prostate*. 2004 1;58:50-56.