

Framtida behov av forsknings- och utvecklingsarbete inom primärvård och socialtjänst

Föreningen Sveriges Socialchefers synpunkter
med anledning av en promemoria från Arbets-
gruppen för Dalby, Tierp och Vilhelmina.

En arbetsgrupp inom socialdepartementet har i år förslag om den framtida verksamheten vid forskningsstationerna i Dalby, Tierp och Vilhelmina. I sammanhanget har också diskuterats behovet av sociala fältstationer med anledning av forskningsansökningar för detta ändamål.

FSS har ansett det angeläget att i sammanhanget ge ett utförligare principiellt yttrande i frågan baserat på praktisk erfarenhet av socialt arbete, den nya sociallagstiftningen samt förslaget till ny hälso- och sjukvårdslag m.m.

Enligt förarbetena och socialtjänstlagen skall kommunen och dess socialnämnd med tillämpning av en helhetssyn på individen och hans förhållanden bära det yttersta samhällsansvaret för den enskildes sociala situation. Under hänsynstagande till den enskilda människans ansvar för sin och andras sociala situation, skall socialtjänsten i samverkan med andra samhällsorgan inriktas på att utveckla enskildas och grupperns egna resurser och, när så erfordras, bistå den enskilde att leva ett självständigt liv.

Även HsjL förutsätter en helhetssyn innebärande hänsynstagande till den vårdsökandes totala situation. Intresset skall inte endast knytas till symtom utan också till sjukdomsorsaker. De medicinska ställningstagandena skall anpassas till övriga förutsättningar hos den enskilde och hans omgivning (SOU 1979:78, sid 248). För att möta den ständigt ökade efterfrågan på sjukvård måste man satsa på förebyggande åtgärder. Hälsan och hälsans beva-

rande får därmed allt större betydelse som förutsättning för människans välbefinnande i vid bemärkelse. I hälsobegreppet inryms då inte bara medicinska utan även sociala och psykologiska faktorer, dvs de samlade förutsättningarna för god livskvalitet (a a sid 240–241).

Med dessa utgångspunkter förutsätts att hälso- och sjukvårdens uppgifter i det individinriktade arbetet blir att förebygga, uppsåra, utreda och behandla sjukdom och skada. Genom denna beskrivning tilldelas hälso- och sjukvården ett ansvar knutet till varje enskild person. Ansvaret bör emellertid utsträckas längre. Hälso- och sjukvårdens uppgift är nämligen också att med utgångspunkt från de enskilda iakttagelserna utforska hälsorisker som påverkar befolkningens hälsotillstånd i stort. Detta ansvar faller också på andra organisationer i samhället. Hälso- och sjukvården har emellertid en initierande, pådrivande och samordnande funktion. Hälso- och sjukvården måste därför ha ett grundläggande ansvar för hela befolkningens hälsotillstånd. Hälso- och sjukvården har därvid att aktivt medverka i samhällsplaneringen, att informera och samverka med andra samhällsinstanser (a a sid 253 o ff).

För att avgränsa hälso- och sjukvården från andra verksamheter anför Hälso- och sjukvårdsutredningen, HSU, bla följande. Hälsoskyddet med omgiv-

Hälso- och sjukvården har därvid att aktivt medverka i samhällsplanering, att informera och samverka med andra samhällsinstanser.

nings- och livsmedelshygien samt miljöskyddet representerar ett annat område. Förebyggande (individuellt inriktade) insatser inom socialvård och socialförsäkring kan ej heller anses tillhöra hälso- och sjukvården. Sådana åtgärder kan ha hälsofrämjande syfte men har ändå inte den direkta inriktningen på att förebygga sjukdom och skada hos den enskilde. Därigenom kan gränsen dras i förhållande till dessa områden och ansvaret för de individinriktade sjukdomsförebyggande åtgärderna förbehållas hälso- och sjukvården.

Möjligheterna att påverka den enskildes situation ligger dock i stor utsträckning utanför själva hälso- och sjukvårdssystemet. För att komma till rätta med hälsoproblem inom arbetsliv, boende, skola m m är därför åtgärder utanför hälso- och sjukvårdssektorn nödvändiga. Hälso- och sjukvården bör därför sträva efter ett väl utvecklat samarbete med övriga verksamheter som kan förbättra den enskildes hälsosituation (a a sid 253.).

Andra beskrivningar av det komplexa problemet hälsa-sjukdom, som bör observeras vid övervägande om behovet av forskning och dess inriktning inom det sociala fältet, är bl a följande.

Inom socialdepartementets sjukvårdsdelegation studerar man berörda frågor inom ramen för projektet "Hälso- och sjukvård inför 90-talet" (HS 90). Arbetet redovisas dels inom SOU-serien, bl a SOU 1981:1-4, och "Socialstyrelsen redovisar" (bl a om sjukdomsbegreppet och sjukfrånvaron).

Inom Sekretariatet för framtidsstudier och dess projekt "Omsorgen i samhället" har åtta rapporter (11 volymer) redovisats.

Av andra skrifter, artiklar m m, väl värda att uppmärksammas skall här endast nämnas dels en rad skrifter från Socialstyrelsen och Spri, dels temamnummer av Socialmedicinsk tidskrift under 70-talet.

BEHOVET OCH INRIKTNINGEN AV SOCIAL OCH ANNAN FORSKNING

Bakgrunder

Vad Föreningen Sveriges Socialchefer med föregående avsnitt av yttrandet velat fästa uppmärksamhet vid är bl a följande:

1. Arten av den forskning som bedrivits och vissa omdömen om denna.
2. De förutsättningar och villkor som angivits för fortsatt eller ny forskning på det sociala fältet.
3. Mycket kortfattat något om de övergripande mål och uppgifter som tilldelats socialtjänsten och som kan komma att beslutas i fråga om den framtida hälso- och sjukvården.
4. Omnämmandet av pågående eller slutförda utredningar m m, som kan ha betydelse för det framtida forsknings- och utvecklingsarbetet (FoU).

Andra faktorer som har betydelse i sammanhanget är de praktiska anspråk på förändringar i arbetsinsatser och metoder, som med utgångspunkt från beslutad eller förväntad lagstiftning kan riktas mot såväl socialtjänsten som hälso- och sjukvården, hänsyn härvid tagen även till behovet av en utvidgad samverkan med andra kommunala och statliga förvaltningar. De svårigheter som härvid kan uppstå har bakgrund bl a i de olika slag av utbildningar – och ofta med dessa förenade skilda betraktelse sätt på individuella och sociala problem – som personalen inom socialtjänst, hälso- och sjukvård m fl områden erhållit.

Det bör också observeras att såväl de övergripande målen som de mera konkreta delmålen för olika verksamhetsområden inom både socialtjänst och hälso- och sjukvård reser anspråk inte enbart på nya aktiviteter utan också på resurser som i stort sett vare sig beräknats eller avsatts.

Det är i en sådan situation som frågan om fortsatt och ny forskning bör bedömas.

Det bör också erinras om, att Socialstyrelsens arbetsgrupp för psykisk hälsovård i sin 1978 lämnade redogörelse (Psykisk hälsovård I, Liber förlag) framhöll behovet och betydelsen av en bred granskning av hela den psykosociala miljön. Gruppen betonade att man behöver dels *identifiera* och *motverka* riskfaktorer i mänskliga miljöer och hos människan själv, dels *identifiera* och *befrämja* positiva hälsofrämjande och livskvalitetshöjande faktorer. Identifikationerna förutsätter forskning; att motverka och befrämja kräver både forskning och åtgärder.

Arbetsgruppen fäste också uppmärksamhet vid

Det fanns 1977 vid universitet och högskolor 65 professorer inom discipliner med social relevans mot 523 professorer i naturvetenskapliga, odontologiska och medicinska fakulteter.

att enligt 1977 års statskalender fanns det vid universiteten och högskolorna totalt 65 professorer (inklusive biträdande och adjungerade professorer) inom discipliner med psykosocial relevans (psykiatri, socialmedicin, sociologi, psykologi, socialantropologi och pedagogik). Detta antal kan jämföras med 523 professorer vid naturvetenskapliga (195), odontologiska (53) och medicinska (357) fakulteterna (medicin förutom psykiatri och socialmedicin). Jämförelsevis kan nämnas att en beräkning av FoU-anslagen i 1978 års budgetproposition (intagen i prop 1978/79:110 ang forskning och forskarbildning) ger följande resultat. Av totalt 5054 miljoner i anslag har 314 miljoner eller 6,2% tilldelats forskning om hälso- och sjukvård, 92 miljoner eller 1,8% socialvård, social miljö och trygghet samt 73 miljoner eller 1,4% undervisning. Även om övriga anslagsposter, tex till allmän vetenskaplig utveckling, också rymmer en del psykosocial forskning, är det sannolikt att den allt överväldigande delen av dessa anslag (uppemot 95%) avser fysisk, teknisk, ekonomisk och annan likartad forskning.

Behovet av forskning och utvecklingsarbete

Föreningen vill först och främst slå fast att behovet av FoU inom socialtjänst och anslutande områden, icke minst på grund av årtiondens försummelser, är så stort att varje kronas tillskott är av värde. Eftersom den ekonomiska situationen knappast tillåter någon större ökning av tillgängliga anslagsposter tvingas man se till dels att befintliga anslag utnyttjas så ändamålsenligt som möjligt, dels att man genom samordning och meddelaktighet i forskningsprojekt inom andra områden, främst medicin, psykologi och sociologi, vidgar, intensifierar och utvecklar det psykosociala forskningsfältet. Föreningen återkommer nedan i dessa frågor.

Övergripande mål och delmål samt praktiska förutsättningar

Även om begrepp som familjevård, sociala processer, livskvalitet och helhetssyn förekommit och diskuterats under såväl 60- som 70-talen, betecknar ändock social- samt hälso- och sjukvårdsutredningarna samt beslutad och förväntad lagstiftning en trendförskjutning, något av en ny paradigm, i förhållande till tidigare uppfattningar och lagstiftning. Icke minst de politiska ställningstagandena i riksdag och regering ger ju direkta uppdrag, åt de verkställande förvaltningarna att fullfölja angivna intentioner och omsätta dem i praktisk verksamhet.

Som framgår av det föregående synes såväl föreliggande utredningar, beslutad och förutsatt lagstiftning som arbetsgruppen för psykisk hälsovård mfl ense om att människan "fungerar som en helhet i ständig interaktion med den totala miljön" (arbetsgruppen). Hennes förmåga att delta i och utnyttja denna interaktion med såväl människor som institutioner, beror i hög grad på hennes resurser, fysiska, psykiska, kunskapsmässiga och materiella. Har inte den enskilde eller gruppen tillfredsställande resurser är risken stor att funktionssviker uppträder. Negativa effekter på ett område, tex det fysiska eller samhälleliga (arbetsmarknaden m m) kan lätt sprida sig till det psykiska fältet. Härigenom blir det svårt att skilja orsak och verkan och de olika överlappande och sam- och motverkande komponenterna från varandra. Av kunskaps- och beskrivningstekniska skäl försöker var och en inom sitt fack med tillgängligt kunskapsunderlag och med respektive förvaltnings begränsade resurser ställa diagnos och utöva terapi. Enligt nu givna förutsättningar skall samtliga fortsättningsvis tillämpa en helhetssyn och ta hänsyn till medborgarens totala situation. Om så erfordras skall såväl socialtjänsten som hälso- och sjukvården öka medborgarens resurser och/eller snarast återföra medborgaren till hälsa och välbefinnande. Av hänsyn till medborgarnas välfärd och de starkt stegrade kostnaderna för sjuk- och socialvård m m skall det förebyggande arbetet prioriteras och förstärkas inom och utom de två förvaltningsområdena.

För hälso- och sjukvården skall detta ske mot bakgrunden av en dominerande symptom- och organ-

diagnos och – bortsett från psykiatri och socialmedicin – med en företrädesvis fysiologisk-biologisk inriktning. Verksamheten är bortsett från hemsjukvården (distriktssköterskor m fl) och till en del barnhälso- och äldreården, i stort sett förlagd till vårdcentraler och slutna vård. Vid fysiologiska funktionssviker och sjukdomar står i de enskilda fall, som erhåller vård, stora resurser till förfogande (undantag finns). I sådana fall ligger besluten inom ramen för givna resurser, helt på vårdpersonalen, företrädesvis läkarna.

För socialförvaltningarna är situationen delvis en annan. Hittills har arbetet inom den socialt utredande sektorn i stor utsträckning reglerats av lagar och lokalt fastställda normer och med inslag av allmänt sociala samt psykologiska-sociologiska betraktelsesätt. I den mån arbetspressen tillåtit detta har den kontorsförlagda utredningen kompletterats med hembesök, försök att skaffa bostad, arbete m m. Socialarbetarna på detta fält har sålunda ofta en rik erfarenhet av fältarbete. Motsvarande gäller också för hemvården samt genom föräldrakontakterna delvis för barntillsynen. Inom ramen för normer m m har som regel socialassistenterna (socialsekreterarna) kunnat besluta om olika former av stöd. Har behovet av insatser varit större har ärendet i allmänhet fått föreläggas den politiska instansen, social- eller distriktsnämnden. I åtskilliga fall har förvaltningarna haft tillfälle att yttra sig över stadsplaner m m samt bedrivit sk samhällsarbete.

Detta är mycket kortfattat och allmänt utgångsläge för en verksamhet inom de båda förvaltningsområdena, där helhetssyn och förebyggande insatser i allt högre grad förutsätts komma att prägla både det individuella diagnos- och terapiarbetet som de mera kollektivt inriktade åtgärderna.

Några problem att uppmärksamma

Utgångspunkten för vår hälso-, sjuk- och socialvård torde allmänt vara, att vi gemensamt genom samhälleliga åtgärder och under medverkan av medborgarna själva skall reducera sjukdom och uppskjuta död samt skapa förutsättningar för livskvalitet. Eftersom våra resurser är begränsade, vill vi i första hand bistå dem som har störst behov av hjälp – oavsett deras egna ekonomiska resurser – samt att

Skall socialsekreteraren kunna sjukskriva för "social insufficiens"?

ge hjälpen där den kan göra största nyttan, sett ur både mänskliga och samhällsekonomiska synpunkter.

Sådana utgångspunkter, sedda mot bakgrunden av helhetssyn m m, reser en rad frågor. Hur skall man tex bedöma fysiska funktionsbrister i förhållande till svårdiagnosticerade psykiska eller "sociala" sådana? Om en medborgare eller en familj endast genom mycket omfattande och långvariga insatser, tex utbildning, upprustning m m, kan fås att fungera individuellt, familjemässigt och socialt (mellanmänniskt, samhällsmässigt), bör det då finnas några viktiga begränsningar i dessa insatser? Eller skall socialsekreteraren liksom läkaren på eget bevåg kunna rekvirera sådana stödåtgärder inom och utom förvaltningen som anses nödvändiga för att återföra patienten till hälsa? Skall socialsekreteraren kunna sjukskriva för "social insufficiens"?

Om de mänskliga behoven vid fysiska och psykiska brister anses väga lika, skall då den sannolika "samhällsekonomiska" nyttan (tex fler aktiva levnadsår eller hänsyn till barn vars utsikter till framtida utveckling förbättras) vägas in och få fälla utslaget? På vilken nivå i beslutshierarkin skall sådana prioriteringar och därmed driftanslag fastställas? (Jfr tex Berfenstam och T Thorburn, Ekonomisk debatt 4/1980.)

En annan infallsvinkel på enskilda – men sammansatta – fall kan vara följande. Vem tar det slutliga ansvaret för att fastställa den aktuella diagnosen med utgångspunkt från helhetssynen? Hur skall man sammanväga lämnade uppgifter om patientens upplevelser, iakttagbara beteenden, fysiologiska och biokemiska funktioner och förändringar och härifrån dra slutsatser om vad som är viktiga orsaker till funktionsbristerna och relevant terapi? Kan detta över huvud taget ske eller ske med god effekt utan att man på basplanet – i "primärvårdens" mottagnings- och behandlingsarbete – i stort sett samtidigt och gemensamt genomför en sammanhållen diagnos och terapi?

En del hithörande problem hör samman med den oklara terminologin såväl i övergripande begrepp – medicinsk verksamhet, sjukvård, socialt arbete m m – som med svårigheterna att forma en konsekvent terminologi, tex för individuell diagnos och terapi, med utgångspunkt från fysiologiska, biokemiska samt psykiatriska-psykologiska kunskaper och infallsvinklar. Medicinsk verksamhet "brukar definieras som undersökning och behandling (diagnos och terapi) – dvs uppgifter vilkas handhavande kräver särskild medicinsk utbildning" (SOU 1979: 78). Social verksamhet omfattar uppgifter från individuell diagnos och terapi till samhällsstrukturellt förändringsarbete. Från sådana allmänna och ospecificerade begrepp och utgångspunkter bygger man stundom upp försvar för det egna befintliga reviret eller strävar att utvidga det.

Utgångspunkten för ett effektivt arbete att ge medborgarna hälsa, att återföra dem till hälsa eller att kompensera dem för funktionsförluster samt att ge dem resurser att så långt möjligt på egen hand bevara sin hälsa är naturligtvis att oavsett det gäller fysisk/psyisk eller "social" hälsa identifiera riskfaktorer och hälsofrämjande faktorer samt respektive motverka och främja dem; detta oavsett förvaltningsområde eller om det gäller individuella, gruppvisa eller strukturella åtgärder.

Detta förutsätter emellertid i första hand dels ett nära samarbete på övergripande plan mellan främst hälso-, sjuk- och socialvård, dels utan hänsyn till nuvarande förvaltningsformer en förändrad arbetsfördelning och beslutsförläggning på basplanet, dvs i kontaktpunkterna med medborgarna. Sådana förändringar förutsätter i sin tur ett FoU-arbete, som arbetar med sådana ändrade förutsättningar. De hittillsvarande försöken och den anslutna forskningen pekar på både angelägenheten av och möjligheterna för att pröva sådana mera genomgripande förändringar i genomförandefaserna hos en samlad primärvård.

I anslutning här till synes det angeläget framhålla hur "förvaltningsinriktad" den hittillsvarande forskningen har varit. "Medicinsk eller socialmedicinsk" forskning och "social" forskning, främst inriktad på respektive klientkategorier. Undantag är tex projektet om hälsoindex (Tierp), som är allmänt

.....
Inget forskningsprojekt berör de bitvis intrikata juridiska skärningspunkter som kan komma att aktualiseras av ökad samverkan mellan huvudmannen och förvaltningar samt arbetsrättsliga och sekretessrättsliga problem.

kundinriktat. Som Björntorp påpekar finns det också bl a inom den allmänna kliniska internmedicinen, nära anknytning till öppenvårdsforskningen (Dalby). I framställningarna om anslag till fältstationer skyntar ej heller, med vissa undantag för framställningen från Göteborgsinstitutionen, någon bredare, allmängiltig uppläggning. Detta bör föranleda övervägande om förutsatta forskningsprojekts syfte och utförande.

I anslutning här till är det angeläget påpeka, att inget forskningsprojekt berör de bitvis intrikata juridiska skärningspunkter, som kan komma att aktualiseras av ökad samverkan emellan huvudmannen (landsting – kommun) och förvaltningar (hälso-, sjuk- och socialvård m fl) samt arbetsrättsliga (jämför legitimerade – icke legitimerade anställda) och sekretessrättsliga problem.

Flera av undersökningarna är inriktade mot identifiering av problemområden och behovet av att uppställa mål för verksamheten. Det är oklart vad som mera praktiskt avses härmed. Otvivelaktigt har i föreliggande utredningar, beslutade och förväntade lagföreskrifter samt Framtidsstudiesekretariatets omsorgsstudier, en omfattande måldiskussion förts och övergripande mål fastställts. HS 90 ger ytterligare material. Visserligen behöver mål och medel konkretiseras, men frågan är om inte forskningen och försöken skulle ge bättre resultat om de fick utföras som test på uppställda hypoteser, tex om hållbarheten – möjligheterna att realisera – redan angivna mål. Även detta behöver övervägas.

Verksamhet som inneburit yttrande över stadsplaner m m har kunnat tillgodogöra sig socialarbetarnas m fl erfarenheter och iakttagelser men tydligen har det förelegat svårigheter att förena löpande klientarbete med utarbetande av yttranden m m. Skall detta arbete bli meningsfullt förutsätts därför som regel att särskilda resurser avdelas för dessa

uppgifter.

En annan fråga är hur man kan undvika icke fruktbara spänningar mellan de etablerade kommunala organen och partierna å ena sidan samt å andra de mer eller mindre tillfälliga "opinionsgrupper" av tidigare ej samhällsaktiva medborgare, socialarbetare m fl, som lätt uppstår i anslutning till ett "samhällsinriktat förändringsarbete". Exempel på hithörande problem lämnar tex Klimpfjällsprojektet i Vilhelmina och diskussionen om områdesgrupperna i Tierp.

Slutligen må pekas på de fördelar som skulle kunna uppnås om man i relevanta forskningsprojekt kunde förena de resurser och den forskningserfarenhet, som nu i stor utsträckning ryms inom den slutna vården, med den bredare fälterfarenhet som finns att tillgå inom primärvårdens medicinska och sociala områden. Resultatet borde bli bättre forskningsresultat och effektivare utnyttjande av tillgängliga resurser.

FÖRENINGENS SYNPUNKTER

För att få en tillfredsställande bild över de förhållanden som bör påverka Föreningen Sveriges Socialchefers bedömning av frågan om "framtida behov av forsknings- och utvecklingsarbete inom decentraliserad öppen hälso- och sjukvård och kommunal socialvård", har föreningen prövat att teckna kortfattade beskrivningar av bedriven FoU-verksamhet, aktuella bakgrunder och nya utgångspunkter samt här till knutna reflexioner.

Av framställningen framgår att behovet av FoU-arbete med beaktande av alla dess infallsvinklar är mycket stort. Med hänsyn till föreliggande hälsoproblem, besluten om ny lagstiftning och situa-

Det synes angeläget att man prövar möjligheten att ställa den samlade lokala närvarlden under en enhetlig ledning.

tionen inom här berörda förvaltningar, medför tillika varje fördröjning av detta arbete förnyade problem. Även om det, som föreningen återkommer till, föreligger vissa ofullständigheter i föreliggande anslagsansökningar, vill föreningen varmt tillstyrka sökta anslag.

I anslutning här till vill föreningen framhålla, att redan gjorda erfarenheter av en samverkande primärvård – här således i betydelsen såväl hälso-, sjuk- och socialvård – visar de svärbemästrade problem, som en icke samordnad vårdfilosofi, människo- och helhetssyn förorsakar vårdarbetet. Visserligen har samverkan ökat förståelsen för och kunskapen om respektive vårdgruppers problem, men såväl viktiga delar av FoU-arbetet liksom arbetet i svåra problemfall har i mångt förblivit "förvaltningsinriktat" och därmed kanske allvarligt begränsat. Därtill kommer att även administrativa svårigheter lagt hinder i vägen.

Vidare synes ansökningarna förutsätta FoU inom samma områden och utan att de i tillfredsställande utsträckning bygger vidare på redan vunna resultat. Det synes därför rimligt att det förs en dialog mellan huvudmännen för ansökningarna och den centralt samordnande instans, som Delegationen för social forskning synes utgöra, i syfte att förutsätta forskning så långt möjligt dels skall komplettera varandra, dels föra forskningen vidare framåt.

I sådana dialoger synes det vidare angeläget att man prövar möjligheterna att dels åstadkomma en mera sammanhållen eller samordnad helhetssyn och vårdfilosofi för berörd personal, dels ställer den samlade lokala primärvården under en enhetlig ledning. Sådana försök kräver visserligen grundligare förberedelser i fråga om utbildning, fördelning av arbetsuppgifter, organisation och administration, men borde om de lyckas medföra större effektivitet (måluppfyllelse) och produktivitet (utbyte av insatta resurser). Det kanske bör framhållas, att därest en sådan lokal samorganisation befinns ändamålsenlig

Hur undvika icke fruktbara spänningar mellan de etablerade kommunala organ och partierna å ena sidan samt å andra de mer eller mindre tillfälliga "opinionsgrupper" av tidigare ej samhällsaktiva medborgare, som lätt uppstår i anslutning till ett "samhällsinriktat förändringsarbete".

Det finns en unik möjlighet att bygga upp en lokal enhetlig ledning för primärvården under 80-talet innan ännu den öppna sjukvården är mer fullständigt utbyggd.

finns det en unik möjlighet att bygga upp den under 80-talet innan ännu den öppna sjukvården är mera fullständigt utbyggd. Byggs denna vård ut även administrativt kommer man att så småningom stå med två fullständiga, parallella lokala organisationer. (Det kanske kan nämnas att sjukvårdshuvudmän i dag annonserar efter lokala primärvårdsdirektörer och personal för "ekonomisk friskvård" inom sjukvården.)

Skulle sådana mera genomgripande försök av olika anledningar mer eller mindre misslyckas, kan man ändå säkerligen av sådana experiment dra många nyttiga lärdomar.

En lika betydelsefull fråga är hur helhetssyn, orsaksanalys och förebyggande arbete inom hälso-, sjuk- och socialvårdens basplan skall kunna utnyttjas och i förekommande fall samordnas med redan pågående eller övervägd forskning inom andra områden. Det finns här som ovan påpekats nära samband inte enbart med forskningen inom sjukhusen utan också inom psykologi, sociologi och pedagogik. Denna fråga berör i första hand prövningen av vad som skall anses vara angelägen forskning, dels inriktning eller begränsning och därmed forskningsorganisationen. Såvitt föreningen kunnat inhämta sker emellertid ett visst samråd i sådana frågor mellan forskningsråden och anslutande organ och därmed är frågan egentligen redan aktualiserad. Det synes böra ankomma på Delegationen för social forskning att bevakas den.

För de lokala förvaltningarna är det också ett problem hur FoU-resultat på ett område eller en ort skall kunna delges och utnyttjas inom andra. Även här synes delegationen med bistånd av övriga centrala instanser – socialstyrelsen, landstings- och kommunförbunden samt Spri – ha en betydelsefull, växande uppgift att fylla.

I anslutning till de närmast föregående synpunkterna vill föreningen också fästa uppmärksamhet

vid det avtal om läkarutbildning m m som finns mellan staten och sjukvårdshuvudmännen. För sådan utbildning och sådant FoU-arbete som bedrivs på sjukhusen och som inte kan hänföras till sjukvård, utgår ett visst driftsbidrag. I den mån FoU samt utbildning i ökad utsträckning förläggs till primärvården bör måhända motsvarande konsekvenser för primärvårdens del övervägas.

I fråga om formerna för organisation och finansiering av lokal FoU har föreningen redan berört dessa. Det är angeläget att man med givna utgångspunkter ger anslag till och snarast organiserar FoU-projekt, som leder fram till bestämda uppfattningar om hur den lokala organisationen bör fungera och vara uppbyggd samt hur en sådan primärvård kan bilda bas för såväl horisontellt som vertikalt uppbyggda studier av frågor, som har betydelse för medborgarnas hälsa och välfärd.

Om finansieringen har redan ordats. För utbildning och FoU över längre tid bör driftbidrag, eventuellt av staten tillhandahållna tjänster, vara en lösning som kan övervägas. För mera tidsbegränsade FoU-projekt bör sedvanliga forskningsanslag kunna utnyttjas. Lämpligen bör man kunna träffa någon central överenskommelse om riktlinjer för de nytigheter, tex i form av viss löpande kontorsservice och lokaler, som berörda kommuner i sådana fall skall bistå med. Övriga kostnader bör bestridas av FoU-anslag. Föreningen vill här hänvisa till ovan omnämnt behov av samordning med andra forskningsområden och anslagsgivare. Hittillsvarande och sökta anslag är enligt föreningens uppfattning klart otillräckliga för en väl motiverad och förutsatt utveckling av FoU på de psykosociala fälten.

Tillsammans borde de här av föreningen rekommenderade åtgärderna bli kunna medverka till, att FoU-anslagen utnyttjas bättre, att bedriven FoU-verksamhet blir mera målinriktad och därmed effektivare samt att samverkansproblemen mellan berörda förvaltningar studeras i mål- och organisationsmässigt väl genomtänkta projekt.

Möjligheterna att nå sådana effekter vilar emellertid på två förutsättningar. Den ena är att helhetssynen utvecklas praktiskt genom att man prövar tesen, att enskilda och grupper står i ständig interaktion med sin totala miljö och att deras förutsätt-

ningar att tillgodogöra sig miljöns positiva villkor – och därmed hälsa och välbefinnande – i hög grad beror på deras mobiliserbara resurser och aktiva medverkan. Det andra villkoret är att man får en omprövning – och inom nära framtid en verklig tyngdpunktsförskjutning – av forskningsinsatserna i riktning mot sådana sociala frågor som är betydelsefulla för att de många medborgarna i sin vardag skall tillförsäkras en tillfredsställande livskvalitet. För socialförvaltningarna är det naturligt – och nödvändigt – att lämna sitt bidrag till denna omprövning och dess strävanden.

Mot bakgrund av vad här anförts anser föreningen det nödvändigt att varje universitet som bedriver forskning inom här aktuella områden har till forskningsverksamheten knutna fältstationer. Enligt föreningens mening måste sådana fältstationer planeras långsiktigt och anslag beviljas för relativt långa perioder för att ge rimliga arbetsförutsättningar, samtidigt som det inte får bli fasta resurser vars verksamhet inte kan bli föremål för omprövning. Av de nu aktuella fältstationerna bedömer föreningen det särskilt viktigt att Vilhelminaprojektet beviljas anslag för en längre period.

INTELLEKTUELL FUNKTIONSTRÄNING

I Sverige finns ca 100.000 patienter med hemiplegi som symtom på hjärnskada. Skador som drabbar intellektuella funktioner är mindre uppmärksammade då de ofta är mindre påträngande, lättare att maskera och svårare för såväl patienter som omgivning att definiera och acceptera. I rehabiliteringsarbetet med dessa patienter har man hittills i stort saknat systematisk träningsmetodik.

På medicinska rehabiliteringskliniken vid Danderyds sjukhus har ett arbetsteam av psykologer och arbetsterapeuter utarbetat ett träningsprogram "Intellektuell funktionsträning IFT" som ger en mångsidig träning av intellektuella funktioner. Förutom den direkta träningseffekten ger IFT ökad kunskap och insikt hos patienten, terapipersonalen och de anhöriga och kan bilda grund för en bättre och mer realistisk återanpassning till arbete och fritid.

Till Psykologiförlaget, Box 461, 126 04 Hägersten
V.g. skicka broschyren om IFT

Namn

Klinik/avd

Sjukhus

Postadress

Broschyren om IFT, som beskriver utvecklingsarbetet, den teoretiska bakgrunden och själva träningsmaterialet beställs med vidstående talong eller per telefon 08-97 03 95.

PsykologiFörlaget ab
Box 461, 126 04 Hägersten