

En framtidsstudie om vård och om samhället

Christer Sanne

Vad kommer att kunna hända inom den formella och informella vården och omsorgen i framtiden. Projektet: "Omsorgen i samhället" vid Sekretariatet för framtidsstudier, Forskningsrådsnämnden har i sitt projektarbete försökt besvara den frågan. Här redovisas i korthet några av de frågeställningar som man behandlat och förslag till praktiska lösningar. Kan självhjälpgrupper, patientföreningar, kooperativ och allmän samhällstjänst bidra med något positivt?

Christer Sanne, civilingenjör och planerare ingick i projektgruppen, arbetar f n vid Temaforskningen i Linköping med ett projekt för Byggningsrådet om det framtida boendet.

Framtidsstudien "Omsorgen i samhället" började 1977/78 och avslutades med en sammanfattande rapport våren 1982, "Tid för omsorg", LiberFörlag. Under arbetets gång har ett tiotal delrapporter publicerats – se faktaruta sid 344. Genomgående har den formella omsorgen – "vårdapparaten" – ställts mot vardagsomsorgen – även kallad "den informella omsorgen" eller "omsorgen människor emellan". Båda formerna av omsorg har satts in i sitt sammanhang: som resultat av samhällsutvecklingen och som villkor för samhällsförändringar.

Här kommer jag att presentera några tankar och förslag ifråga om omsorgen i framtiden med tonvikt på de icke-professionella inslagen. Bakgrunden till intresset för sådana är åtminstone tvåfaldigt. Dels stannar det från en tveksamhet inför vårdsektorns hittillsvarande utveckling. Finns det kanske andra och bättre sätt att tillgodose åtminstone en del av vårdbehoven? Dels förefaller kostnaden för vårdsektorn att öka så snabbt att det skapar problem i samhällsekonomin.

Vi har haft förmånen att kunna penetrera dessa problem bortom det rena konstaterandet av kriser och risker. Bland annat har vi arbetat med modeller och räkneexempel. De ska naturligtvis inte uppfattas som prognoser – alltså "förutsägelser" – och än mindre förslag men de visar vart samhällsutvecklingen *kan* gå under vissa förutsättningar. I en modell tvingas man också till en viss konsistens – siffrorna måste gå ihop, annars avslöjas orimligheter.

En viktig lärdom av dessa räkneexempel är hur även små årliga förändringar ger kraftiga utslag på några decennier. Det gäller inte bara kvantitativa förändringar utan också tex nya värderingar och synsätt. Därför har vi ibland tvingats backa i våra observationer för att få en användbar utgångspunkt. Då ter sig många förändringar från tex 1950-talet till nu enorma. Även de kommande årtiondena kommer att betyda stegvisa förändringar men slutresultatet blir ändå främmande med dagens mått. Det är en framtidsstudies särskilda dilemma att varken sväva ut i det blå eller låta sig bindas av de närmaste årens till synes obevekliga logik.

Historiska drag och framtidsutsikter

Efterkrigstidens Sverige präglas mer än något annat av den ekonomiska tillväxten som också varit det överordnade politiska målet. Medvetet eller omedvetet har vården och omsorgen tilldelats rollen som "städgumma". Tillväxten har gett resurser för att bygga ut en vårdsektor, som förväntas ta hand om dem som drabbats av samhällsförändringens avigsidor. Den snabba utbyggnaden av vårdsektorn och den offentliga sektorn har också bidragit till att hålla sysselsättningen uppe. Medan många män friställts från mansdominerade, krympande näringsgrenar

De som försörjs av pensioner, studiebidrag eller andra bidrag från stat eller kommun har därför blivit allt fler – nästan 30% av alla över 16 år.

har allt fler kvinnor gått ut i förvärvsarbete, inte minst till olika grenar av vården.

Att hålla en "full sysselsättning" har också underlättats genom att pensionsåldern sänkts och genom att de äldre i stor utsträckning slutat arbeta. Likaså har de yngre förlängt sina studier. Många har också fått förtidspension därför att de varit utslitna eller därför att det saknats arbete. De som försörjs av pensioner, studiebidrag eller andra bidrag från stat eller kommun har därför blivit allt fler – nästan 30% av alla över 16 år. Ändå har det under 1970-talet blivit allt svårare att klara den fulla sysselsättningen trots allt mer omfattande arbetspolitiska åtgärder. Bara anslagen till AMS motsvarar nu 3% av bruttonationalprodukten¹ och det industripolitiska stödet är ännu mycket högre! Ungdomsarbetslösheten idag är – eller borde vara – ett överskuggande problem, både kortsiktigt och långsiktigt.

Arbetstiden för de förvärvsarbetande sjunker successivt på grund av kortare normal arbetstid, fler i deltidarbete, längre ledigheter osv. Om den utvecklingen fortsätter skapar den dels utrymme för fler i förvärvsarbete, dels utrymme för människor att göra annat utanför arbetet – t.ex. att på olika sätt bidra i omsorgen.

För vardagsomsorgen är det också viktigt notera att allt fler lever i små hushåll, ofta som ensamförsörjare och i allt högre grad beroende av att få stöd och hjälp utanför hushållet, vilket ofta betyder att man förlitar sig på den offentliga omsorgen. De närmaste decennierna kommer det att bli allt fler mycket gamla, vilket innebär krav på ökade omsorger.

Hälsan är mycket ojämnt fördelad. Allt talar för att det i första hand beror på arbetsmiljön och andra

Många gånger synes det vara en viktigare uppgift att förbättra människors livsvillkor än att erbjuda vård.

villkor, som skiljer mellan grupper i samhället. Möjligheterna att få vård har ökat och de materiella villkoren har förbättrats även för marginella grupper på arbetsmarknaden, men behovet av att förbättra människors livsvillkor kvarstår. Många gånger synes det vara en viktigare uppgift än att erbjuda mer vård.

Hur stor är vardagsomsorgen?

Antalet arbetstimmar i den offentliga omsorgen – sjukvård, omsorg om barn, äldre och handikappade, tandvård och den lagreglerade individ- och familjeomsorgen – kan uppskattas till i runt tal 800 miljoner timmar per år. Ungefär hälften är sjukvård. Men hur mycket tid ägnar människor åt att ge varandra omsorg därutöver?

Självfallet är det svårt att skilja omsorg från omtanke eller umgänge eller egen avkoppling när det gäller människors förhållande till sina barn, sina äldre eller sjuka anförvanter och vänner. Samtidigt är det viktigt för en analys som denna att på något sätt lägga fast relationerna. Därför har vi vågat oss på en grov uppskattning utifrån spridda uppgifter om bla sjukskrivningsdagar och enkäter om barnomsorg och om pensionärers livsvillkor. Slutsumman blir 1 400 miljoner timmar per år – naturligtvis med en osäkerhet på flera hundra miljoner åt vardera hållet – för den vardagsomsorg som till sitt innehåll kan jämföras med den offentliga. Hälften skulle då vara barnomsorg utanför arbetstid och en annan stor post omsorg om de äldre.

Om storleksordningen är rätt betyder det i genomsnitt 300 timmar per år för varje vuxen i "aktiv ålder" (under 65 år). Samtidigt är arbetstiden för de förvärvsarbetande i genomsnitt 1 400 timmar per år. Genomsnittssiffror är dock i detta sammanhang missvisande. Självklart svarar föräldrar för den helt dominerande delen av barnomsorgen utanför arbetstid. Överhuvudtaget dominerar säkert icke-ykesarbetande och deltidarbetande kvinnor insat-

¹ Under 1930-talet drog hela sjuk- och socialvården lika stor andel av BNP.

För framtiden är det belysande att räkna efter vad en fortsatt utjämning på arbetsmarknaden mellan män och kvinnor skulle betyda. Enligt rådande trender skulle förvärvsfrekvensen vara lika hög vid sekelskiftet. Enligt andra trender skulle den genomsnittliga arbetstiden då ha sjunkit till 1 150 timmar per år. Eftersom betydligt färre då skulle stå utanför arbetsmarknaden måste man förutsätta att mer av vardagsomsorgen utförs av de förvärvsarbetande. Den *sammanlagda* tiden för förvärvsarbete *och* omsorg skulle ändå sjunka kraftigt – bortemot 200 timmar per år *i genomsnitt*. Här är dock åter viktigt att varna för genomsnittsvärden: det är stor skillnad mellan en utveckling som betyder förkortad normalarbetstid (''6-timmarsdag'') och en annan som betyder att arbetsmarknaden splittras mellan fulltid och deltidsarbete eller arbetslösa. För att få resurser för omsorg är skillnaden mindre viktig. Om man däremot vill varna om att alla bidrar till den oavlönade omsorgen är det inte likgiltigt hur den betalda arbetstiden fördelas.

Var sjätte förvärvsarbetande återfinns idag i den offentliga vård- och omsorgssektorn. Ekonomiskt är den en mycket tung post i samhällsekonomin. För många människor i behov av vård är den också ett livsvillkor. Men vården utsätts ofta för kritik från många håll. Vi kan tala om en *resultatkris* likaväl som en *kostnadskris* (den senare behandlas i Mårten Lagergrens artikel se sid 345).

Men det finns också en kritik som går djupare.

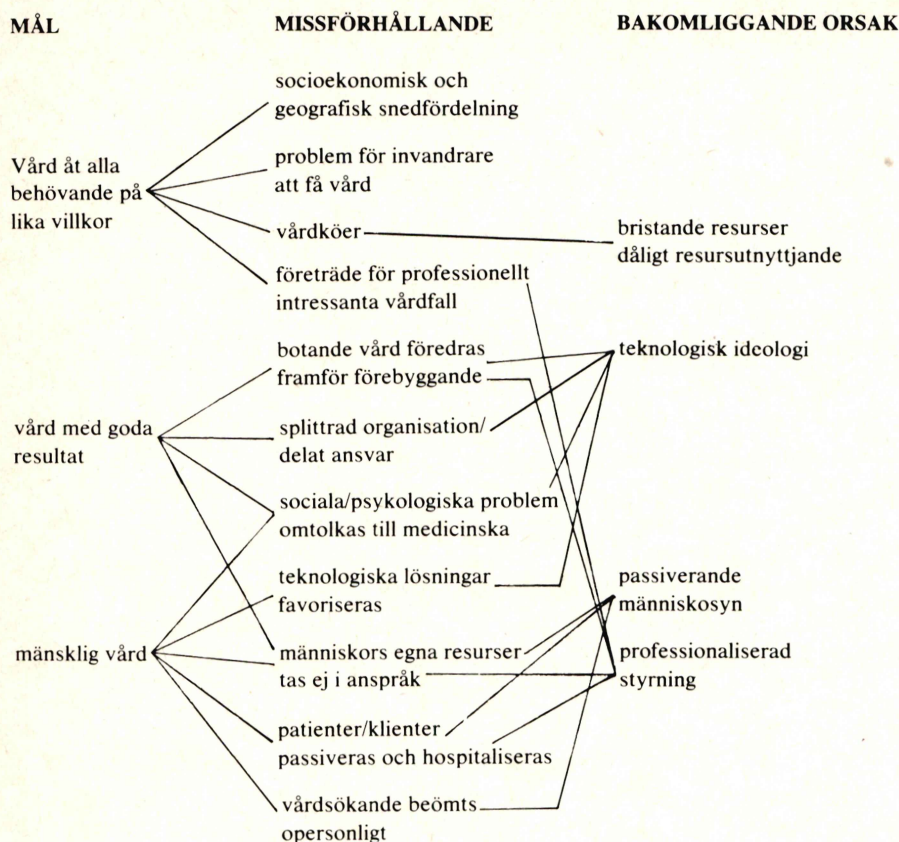
Det är lätt att peka på skillnader i "vårdkonsumtion" mellan olika grupper som inte motsvaras av skillnader i vårdbehov.

Att det brister i alla dessa avseenden är inget djärvt påstående. Det är lätt att peka på skillnader i "vårdkonsumtion" mellan olika grupper som inte motsvaras av skillnader i vårdbehov. Inte heller leder vården alltid till önskat resultat. Vad gäller kritik mot vårdsektorns sätt att ta vara på människors resurser och visa respekt för de hjälpsökandes integritet måste den med nödvändighet bli subjektiv.

När en uppgift i samhället övergår från oavlönat till avlönat arbete så betyder det långt mer än att det uppstår nya yrkeskadrar. Professionaliseringen innebär att de yrkesverksamma utvecklar egna attityder, värderingar och normer som påverkar vårdens innehåll och utformning. Den yrkesmässiga vården kommer att präglas av en bestämd ideologi

Socialmedicinsk tidskrift nr 9 1982

Figur 1. Kritiserade punkter inom vårdsektorn



och människosyn som återspeglar de professionellas synsätt; i sin tur färgat av ideologiska strömningar i samhället i stort.

Det är i första hand sjukvården som präglas av en teknologisk ideologi – en maskinmodell av människan där "apparat-fel" ska diagnosteras och rättas till. Den andra sidan av samma mynt är den passiverande människosyn som i varje individ ser ett "objekt", något att ta vård om snarare än som ett handlande "subjekt". Den människosynen möter man naturligtvis även i andra delar av vården, tex äldreomsorgen.

Det finns en viktig koppling mellan en grupp professionella intressen och dess fackliga intressen. De professionella har ett kunskapsövertag gentemot dem som söker omsorg och de har självfallet en stark ställning inom vårdapparten, där de kan motsätta sig förändringar i organisationen. Med en trång arbetsmarknad ökar risken att detta övertag

utnyttjas för att säkerställa sysselsättningen. John McKnight, som är en professionaliseringens skarpare kritiker, formulerar sig så här:

"Vi (dvs de professionella omsorgsgivarna) är lösningen till ert problem. Vi vet vilka problem ni har. Ni kan inte förstå varken problemet eller lösningen. Bara vi kan avgöra om lösningen klarat av problemet" (ur *Disabling professions*, I Illich m fl, 1977).

Även om både människosyn och vårdideologi i hög grad hänger samman med de professionella egenintressena så får man inte glömma att dessa synsätt i stor utsträckning funnits även i samhället i övrigt. Många har lärt att förvänta sig att bli behandlade och hjälpta för alla problem genom en teknisk åtgärd, utan egen insats.

Mot den teknologiska vårdideologin och den passiverande människosynen står idag tanken på "helhetssyn", bl a i nya hälso- och sjukvårdslagen. So-

tills kunnat utvecklas efter sådana principer. Tre slutsatser för framtiden blir att

- det ska finnas en utbyggd vårdsektor för att ta hand om uppkommande vård- och omsorgsproblem, men vårdsektorn kan aldrig trygga hälsa och välfärd åt alla – *Vård- och omsorgsproblemen måste så långt möjligt lösas närmare källan*
- vård och omsorg är i grunden samhällets ansvar, men det är orimligt att den offentliga omsorgen ska ta på sig all vård och omsorg: *alla människor måste ta mer av omsorgen om varandra i egna händer*
- vården ska leda till goda resultat för insatta resurser, men vad som är goda resultat avgörs inte bara av de professionella: *medborgarnas inflytande över den offentliga vården och omsorgen måste stärkas.*

Scenario: ett Sverige med omsorg år 2006

Det har varit naturligt att sätta in Omsorgsstudiens idéer och uppslag i ett framtidsscenario. På det sättet vill vi betona att omsorgsmål som hälsa och välbefinnande i första hand beror av samhällsförhållandena i stort.

Den allmänna bild vi försökt teckna av utvecklingen de närmaste 25 åren innebär på många sätt en vandring genom mörkret mot ljuset. Bortom krisen finns ett förändrat samhälle. De ekonomiska problemen, arbetslösheten, en ny flyttningsvåg och fortsatt hushållsplittring under 1980-talet leder till en situation som tvingar fram nya sociala mönster. Det beslutas att bostadsområden, skolor, daghem och många andra lokala institutioner ska förvaltas direkt av de boende eller berörda. Arbetstiden skärs ner kraftigt, vilket dels betyder att jobben delas av flera personer, dels ger människor bättre tillfälle att medverka i detta lokala självstyre och andra aktiviteter. Vid horisontåret för vårt scenario har därför nästan alla både ett förvärvsarbete och uppdrag på hemmaplan i bostadsområdet. Människor har därmed lärt känna sina grannar på ett annat sätt än tidigare och det informella sociala nätverket knyts snabbare och tätare än förr.

Sverige är om 25 år – hoppas och tror vi – fortfarande ett välfärdssamhälle. Den materiella standarden är inte så mycket högre än idag, men det

är ett anständigt samhälle att leva i. Samhället är "starkt" i meningen att det förmår fördela de ekonomiska resurserna förhållandevis jämlikt. Men det är långt ifrån det "starka samhälle" som genom att ta allt ansvar för vård och omsorg berövade medborgarna ansvar och tillfälle att ta omsorg om varandra.

Skola och arbetsliv har knutits ihop genom arbetslivsorientering och genom att skolbarnen engagerats både med arbetsuppgifter inom skolans ram och i omsorgen om gamla och handikappade. För att motverka den sociala utslagningen infördes redan på 1980-talet en heltäckande ungdomsgaranti, inga ungdomar tilläts gå sysslolösa utan man var tvungen att antingen arbeta eller studera. Kommunen gav arbete åt dem som inte fann annan sysselsättning. I gengäld svarade kommunen för ungdomarnas försörjning.

Tillväxt i vårdsektorn

Utbyggnaden av vårdsektorn från 1980-talet och framåt har styrts av flera olika hänsynstaganden. Det gällde att åstadkomma en god vård åt alla, men också att hålla skatterna nere. Samtidigt måste man snegla åt sysselsättningen där vårdsektorn spelar en stor roll.

I en kompromiss mellan dessa krav ökades först antalet anställda i vårdsektorn ganska kraftigt för att minska arbetslösheten. Under 1990-talet – då kortare arbetstid började slå igenom kraftigare – satsade man istället mer på obetalda insatser genom samhällstjänst. Efter 25 år utförs en fjärdedel av allt vårdarbete i den offentliga sektorn på detta sätt.

Det ökande antalet mycket gamla betydde att äldreomsorgen måste byggas ut kraftigt, i första hand hemtjänsten och servicehusen. Man satsade även stort på barnomsorgen. Ett tredje prioriterat område var "näromsorgen": primärsjukvård, "närspsykiatri" (som lånat huvuddragen från Nacka-modellen) och en utvecklad individ- och familjeomsorg. Däremot har sjukvården fått förhållandevis mindre resurser eftersom så många hälsoproblem numera klaras i näromsorgen.

De räkneexempel vi har gjort bygger på en fortsatt arbetstidsförkortning, vilket leder till ca 30 tim-

Samhällstjänsten har en viktig ideologisk sida: det bör vara allas sak att bidra till omsorgen likaväl som till landets försvar.

mar som normalarbetstid vid sekelskiftet. Samtidigt har vi räknat med en viss prestationsminskning inom vården. Trots personalökning minskar insatserna från de anställda. Utan stöd från samhällstjänsten skulle den offentliga omsorgen erbjuda en sänkt servicenivå om 25 år. Med en insats om i genomsnitt 4 timmar per vecka från merparten av alla i aktiv ålder ökar den genomsnittliga servicenivån (10–15 %).

Samhällstjänst

Samhällstjänst är ett sätt att skaffa resurser till nödvändiga samhällsinsatser när skattesystemet inte medger högre uttaxering. Här förutsätts alla istället ge av sin tid. Värnplikten är det självklara exemplet på denna princip.

Men samhällstjänsten har också en viktig ideologisk sida: det bör vara allas sak att bidra till omsorgen lika väl som till landets försvar.

I botten ligger ett utbildningsår då man förbereder sig för olika uppgifter: värtjänst, civiltjänst, vårdtjänst eller barn- och ungdomsarbete. Fördelningen på olika slag av tjänst kan könskvoterats om man vill undvika alltför stor ensidighet.

Efter detta år kan kommunen ställa krav på insatser av olika slag: direkt i den offentliga omsorgen, eller på andra sätt under kommunens överinseende, tex frivilliga organisationer av olika slag, vårdkooperativ.

De flesta gör sina insatser där de bor, och schemaläggs så att de inte inkräktar på det ordinarie förvärvsarbetet. Många småbarnsföräldrar gör sin samhällstjänst hos barnen på daghemmet; i andra fall går grannar samman om att hjälpa en handikappad i sitt hus. Man strävar efter att avformalisera insatserna. Vi menar ändå att det är nödvändigt att det i botten finns ett obligatorium som ger stadga åt verksamheten och garanterar att alla i samhället får det stöd de behöver.

Varje kommun bestämmer om samhällstjänsten

ska införas, vilka som ska "kallas in" (med undantag för behovet av militära repetitionsövningar).

Omsorgshuset

Näromsorgshuset utgår från ett "omsorgshus" med ett upptagningsområde av 5–15 000 personer. De viktigaste funktionerna från primärvård och sociala servicecentraler liggert inte bara samlade under ett tak utan också i en gemensam organisation. I varje omsorgshus finns distriktslag som ansvarar för ett par tusen människor. I varje lag har man samlat kunskap om medicinska och psykiska problem. Lagets medlemmar har en gemensam grundutbildning, men representerar annars olika kunskapsområden – med traditionella beteckningar allmänläkare, distriktssköterska, socialsekreterare, undersköterska, och kontaktpersoner för barn- och äldreomsorg (barnomsorgsassistent, hemvårdsassistent). Inom huset kan också finnas sjukgymnast och familjerådgivare/psykoterapeut. En viktig roll spelar en eller flera specialister med inriktning på miljöfrågor, hygien, olycksfall och förebyggande arbete.

Var och en i distriktslaget ansvarar för vad han eller hon gör inom sitt kompetensområde. Men laget har också ett gemensamt ansvar för alla som söker hjälp. Mycket av arbetet är reglerat genom vårdprogram och standardförfaranden. Det politiska ansvaret för sådana principer ligger på en politisk nämnd för omsorgshuset.

Lagarbetet och den gemensamma grundutbildningen är inte de enda tecknen på att vården i omsorgshuset innebär ett nytänkande. All personal är i första hand inställd på att råda människor snarare än att besluta för deras räkning. Man strävar också efter att utnyttja andra resurser än de professionella i arbetet. Det är vanligt med sk självhjälpgrupper där de som har samma typ av problem samlas för att råda och stödja varandra. Det kan tex gälla personer som har diabetes (sockersjuka) eller personer som vårdar någon långvarigt sjuk i sitt hem. Andra grupper kan bildas av småbarnsföräldrar – en form av föräldrautbildning om man så vill – eller av personer som vill komma tillrätta med sina alkoholproblem.

Omsorgshuset är också fokus för det sociala stöd-

arbete som utförs av professionella och icke-professionella som är engagerade via samhällstjänsten.

Kooperativ omsorg

Många som önskar sin omsorg efter egna principer eller egna initiativ har bildat vårdkooperativ. De flesta har ekonomiskt stöd från samhället, men bidrar ändå till mångfalden av lösningar.

En vanlig form är föräldrakooperativa daghem. Sådana uppmuntras av kommunen eftersom de innebär en avlastning på kraven på kommunen. Särskilda skäl har naturligtvis grupper som vill utforma verksamheten efter egna intressen tex många invandrargrupper, kristna etc. Den dagliga verksamheten leds av barnpedagogiskt utbildad personal, men föräldrarna finns med både i styrelsen och i det dagliga arbetet.

I andra fall är det äldre som slagit sig samman kring ett servicehus som man driver i egen regi. Bakgrunden kan vara ett gemensamt intresse och gemensam tillhörighet till en förening, en församling eller en fackklubb. För den vård och omsorg som man skulle varit berättigad till har man slutit avtal

med kommun och landsting. Därför kan man ha fast personal som i huvudsak avlönas genom offentliga bidrag.

Kooperativet för äldre erbjuder en god social miljö men också bättre service genom medlemmarnas egna insatser. Det förutsätts att man går in i kooperativet redan före pensionsåldern och att man gör vissa arbetsinsatser där regelbundet. Därmed blir man också med i kooperativets sociala gemenskap. Inflyttningen motiveras inte med särskilda vårdbehov. Man försöker lägga kooperativ i varje bostadsområde så att man kan flytta in där med bibehållen kontakt med en invand social omgivning; det är lätt att byta bostad om man kan behålla vänner i omgivningen, kända butiker, parker etc.

REFERENSER

- Beckman, S.*: "Kärlek på tjänstetid" Arbetslivscentrum, Stockholm 1981.
Illich, I. mfl.: "Disabling professions" Marion Boyars, London 1977.
Lagergren, M. mfl.: Tid för omsorg. Slutrapport från projektet: "Omsorgen i samhället" Liber Förlag, Helsingborg 1982.

Delrapporter i projektet "Omsorgen i samhället"

Omsorgen i samhället: en programskrift för en framtidsstudie om vård och vårdbehov

Barn-Sverige (Birgitta Johansson-Hedberg): en studie av barns villkor i samhället och två framtidsbilder av hur det kan bli och hur det skulle kunna bli om vi sätter barnens behov högt

Omsorg oss emellan (Gerdt Sundström): en beskrivning av den informella omsorgen och hur dess villkor påverkas av samhällsförändringar

Omsorg och människosyn (Kåre Berglund mfl): om hur människosynen styr inriktningen inom sjukvård, socialvård, barn- och äldreomsorg

Omsorg som yrke eller omsorg om yrket (Hans Berglind-Ulla Pettersson): en studie av omsorgens professionalisering

Kemisamhället och hälsan (Christer Sanne red): om kemiska hälsorisker och de politiska, ekonomiska och lagliga möjligheterna att minska dem

Tankar om den framtida vården (4 volymer, Mårten Lagergren och Lena Lundh red): tolv uppsatser om ideologi, ansvar, organisation och teknologi med förslag till nya lösningar för den formella omsorgen

Den dyra vården: kvarnsten eller räddningsplanka (Mårten Lagergren): en analys av vård- och omsorgssektorns roll för ekonomi och sysselsättning i framtiden

Att klara sig i Sverige (Christer Sanne): en analys av utslagningens orsaker och omfattning mot bakgrund av arbetsmarknaden

Vår framtid som äldre (Minga Orkan): en "subjektiv" studie av de äldres villkor i framtidens samhälle