



socialmedicinsk tidskrift

fyrtonionde årgången juni 1972 häfte 6

Industrivägen 13, Solna. Tfn 08/83 20 83
Postadress: Fack, 104 01 Stockholm 60
Postgiro 11 79-1

Allmän redaktion:

Claes-Göran Westrin, redaktör och ansvarig utgivare
Axel Gisslén, biträdande redaktör
Brita Bahrton, redaktionssekreterare

Redaktionsutskott:

Ragnar Berfenstam, professor i socialmedicin, Uppsala
Per Bjurulf, professor i socialmedicin, Linköping
Lars Bremberg, direktör, Stockholm
Bengt Hedlén, socialdirektör, Malmö
Olle Höök, professor i medicinsk rehabilitering, Göteborg
Gunnar Inghe, professor i socialmedicin, Stockholm
Bertil Johansson, barnvårdsdirektör, Örebro
Bengt Lindegård, professor i socialmedicin, Göteborg
Gunnar Lindgren, professor i socialmedicin, Lund
Birger Starck, socialchef, Sundsvall
Georg Svahn, arbetsvårdsdirektör, Stockholm

Hur beskär man vårdsektorn?

Nu efteråt kan det väcka förvåning hur sent man allmänt började inse att resurserna skulle tryta inom vårdsektorn. Diskussionen om målsättningen för vårdarbetet, om avvägning och prioritering, hann knappast börja på allvar innan åtstramningen kom, plötsligt och drastiskt.

Situationen bildar ingen gynnsam utgångspunkt för rationella och väl övervägda åtgärder. Det är mot den bakgrunden man får värdera vissa sjukvårdspolitiska åtgärder, som signalerats i tecknet av knappheten på offentliga medel.

Man kan tex fråga sig i vilken utsträckning sjukvårdspolitiska överväganden beaktats vid den nu beslutade "12-kronors-reformen".

Det råder enighet om att den öppna vårdens villkor bör förbättras jämfört med den slutna vårdens. Vad betyder i ett sådant sammanhang en avgiftshöjning, som för patienter med många läkarbesök — och dit hör i hög grad äldre människor och människor med små tillgångar — måste betyda en kännbar ekonomisk belastning?

Det råder också enighet om att en rad vårduppgifter lämpligen kan föras över från läkarna till andra personalkategorier: sjuksköterskor, socialarbetare o.s.v. Vad betyder i detta fall en avgiftskonstruktion, som ytterligare binder huvudmännens inkomster vid läkarkontakten?

Dessa och liknande frågor har i egendomligt ringa grad diskuterats i pressen. Man får ett intryck av att hela problemet mest intresserat som en skatte-teknisk fråga. Detta intryck förstärks av det — också egendomligt lite uppmärksammade — förhållandet att ca 2/3 av den ökade avgifts- och försäkringsintäkten de facto slussas förbi vårdsektorn in i den allmänna statskassan. Det hela erbjuder en infallsvinkel där sjukvården snarare blivit ett fiskalt objekt än en primär målsättning för samhället.

Erfarenheten av "12-kronors-reformen" pekar på behovet av ökad vaksamhet när det gäller olika budgetmässiga beslut ifråga om vårdsektorn. Det finns vissa principer för planeringen, som är allmänt omfattade, och det gäller att bevaka att dessa principer också kommer till uttryck i de faktiska åtgärderna.

Ett område, där en sådan vaksamhet kan vara särskilt nödvändig, gäller hur resursbehovet avvägs med hänsyn till socialarbetets krav.

I sistnämnda avseende borde man kunna utgå från en grundläggande och så vitt jag förstår allmänt omfattad synpunkt, nämligen att socialarbetet relativt sett behöver ett särskilt stort resurstillskott. Det krävs för att socialvården skall kunna utvecklas från ett kontrollinstrument till en institution för social service och samhällsarbetet. Ett annat motiv är insikten om att tex mycket av det som presenteras som sjuklighet kan behöva mötas med sociala åtgärder av olika slag.

Många tecken tyder på att denna resursförstärkning för socialvårdens del kan vara i särskild fara — och att socialarbetet kan komma att drabbas särskilt svårt av pågående omplanering och omprioritering.

Flera faktorer kan bidra till en sådan olycklig utveckling. En väsentlig faktor är givetvis de fördomar och felaktiga uppfattningar om socialhjälp, vilka dröjt kvar och i vissa avseenden fått ökad vind. En annan mycket väsentlig faktor är följderna av det delade huvudmannaskapet.

På landstingssektorn kan utbyggnad av kuratorsservice och liknande lätt komma i underläge. En orsak till detta är att socialarbete från formalistiska synpunkter betraktas som någonting primärkommunalt. En annan orsak är den traditionella svårigheten att hävda mjukdatabetonade nyttigheter som socialarbete gentemot hårdadatabetonade, skenbart objektiv effektivitet hos tex röntgenbehandlingsapparater.

Inom den primärkommunala sektorn är läget att man måste beskära hemhjälp, skoltider och andra grundpelare i kommunernas socialservice. Att under sådana förhållanden försöka skapa resurser för en utveckling av socialarbetarsektorn kan bli synnerligen svårt.

Med de förutsättningar, som här tecknats, är det närmast omöjligt att åstadkomma rimliga prioriteringar — av den enkla anledningen att man aldrig i samma fält kan få in de behov, som skall vägas mot varann. Man kan komma åt detta otillfredsställande tillstånd på olika sätt. Det på längre sikt väsentliga måste rimligen vara att skapa en långtgående samverkan mellan olika inblandade huvudmän. Redan i nuläget bör det dock finnas möjligheter att skapa vissa elementära förutsättningar för beslutsfattarna. I första hand kan detta ske genom att ställa samman en systematisk och fortlöpande information om resurstilldelningen till olika typer av vårdaktiviteter inom sjukvård och socialvård.

En sådan information är av omedelbart intresse för att kunna bedöma hur de drastiska budgetbeskärningar, som för närvarande pågår, drabbar tex socialarbetet jämfört med andra vårdsektorer. På längre sikt behövs samma information — sammanställd med principer för sjukvårdens och socialvårdens målsättning — som underlag för avvägningar beträffande resursbehovet.

Uppbyggnaden av ett sådant översiktligt informationssystem kan erbjuda en rad metodmässiga svårigheter. De torde dock knappast vara oöverstigliga. Kanske är det problem som skulle kunna lösas någonstans i det ymniga utredningsväsen, som fortlöpande bespeglar vårdområdena?

C. G. W.