

Socialvårdens villkor – och sjukvårdens



Bengt Lindegård

En bättre integration mellan forskningen—utbildningen och den praktiska verksamheten inom socialvården är nödvändig. Varför t. ex. inte låta vissa socialförvaltningar få en ställning, som motsvarar universitetssjukhusens? Och låta socialarbetarna såsom fallet är betr. överläkarna kombinera sin kommunala befattning som socialchef, socialsekreterare etc. med forskar/läraryrke vid en fristående socialhögskola — eller ännu hellre vid en universitetsanknuten "socialfakultet".

Bengt Lindegård är professor i socialmedicin vid Göteborgs universitet.

I den senaste tidens socialvårdsdebatt har man av och till kommit in på paralleller mellan social och medicinsk service. Temat är intressant, inte minst för en med praktisk socialvård samarbetande socialmedicinare med den inblick denna roll kunnat ge i de båda serviceområdena. De följande funderingarna har tillkommit med utgångspunkt från en sådan jämförande aspekt. Bärkraften och begränsningen i ett sådant betraktelsesätt beror ju sedan på om man anser att det finns likheter ifråga om målsättning mellan socialvård och sjukvård. Jag menar att så är fallet, liksom att åtskilligt talar för att man måste närma de båda vårdområdena till varandra, inte blott som en enkel addition utan som en integration i lagarbetets form, teoretiskt såväl som praktiskt.

Specialisternas inbördes förhållande

Specialisering och framväxt av nya kategorier experter är något karakteristiskt för det moderna samhället inom samtliga dess sektorer. Denna utveckling hänger naturligtvis intimt samman med

att våra kunskaper ökar medan det finns en naturlig gräns för den mänskliga förmågan till inläring och uppövande av färdigheter. Men samtidigt med den fortgående kunskapstillväxten och tillkomsten av ytterligare specialister och experter, uppstår behovet av funktionärer som håller samman experternas verksamhet i teori och praktik. Inom vetenskap och forskning har specialiseringen fört med sig särskilda tvärvetenskapliga discipliner inom vilka utövarna har en övergripande och sammanhållande funktion. Så småningom har även tvärvetenskaperna kanske visat sig bli alltför omfattande och mogna för uppklyvning, och på så sätt har vi hamnat i en utvecklingsprocess med en specialisering både "vertikalt" och "horisontellt".

Ett exempel från sjukvården kan kanske vara illustrativt. Från en långt tillbaka liggande uppdelning på huvudsakligen två specialiteter, invärtesmedicin och kirurgi, har det kommit till stånd en rikt differentierad vertikal specialisering, ofta nog definierad genom att området ifråga begränsats till ett visst organ eller organsystem. På så

vis har vi exempelvis vid sidan av allmänkirurgiska avdelningar fått specialavdelningar för thoraxkirurgi, urologisk kirurgi, extremitetskirurgi, neurokirurgi, oral kirurgi etc. Men inom var och en av dessa vertikala specialiteter kan man avskilja olika problem eller arbetsuppgifter som gör att thoraxkirurgen känner vetenskaplig samhörighet med en allmänkirurg, en ögonläkare etc. i högre grad än med sina kolleger inom den egna vertikala specialiteten. Det kan måhända gälla de kirurger som mera målmedvetet riktar in sig på studier av tumörer, dessas uppkomstmekanismer och behandlingsprinciper. Eller det kan gälla kirurger som, likaledes var och en inom sin vertikala specialitet, intresserar sig för frågor rörande transplantation av organ eller organdelar från en person till en annan. Här anar man ett par tvärvetenskaper, nämligen "tumörkirurgi" och "transplantationskirurgi", den senare redan etablerad och representerad med professur i vårt land.

Omständigheterna i detta fall var sådana att vederbörande, från början allmänkirurg, kommit att särskilt intressera sig för njurtransplantationer och därmed sammanhängande teoretiska och praktiska problem. Men vederbörande skulle alldeles säkert känna sig främmande för att ta itu med uppgifter som att transplantera en hornhinna eller ett hjärta. Detta hör nämligen till ögonläkarens resp. thoraxkirurgens arbetsfält, trots att uppgifterna principiellt sett lika väl kan anses höra till det vetenskapliga området transplantationskirurgi!

På så vis kan det i själva verket som en följd av en samtidig vertikal och horisontell specialisering uppkomma situationer som i *sämsta fall* för med sig intressekollisioner och kompetensvister. Men i *bästa fall* kan man istället ur den beskrivna situationen få fram en intressegemenskap, där läkare med växlande teoretisk och praktisk utbildning möter varandra i ett konstruktivt teoretiskt och praktiskt samarbete, där den skiftande skollningen och erfarenhetsbakgrunden bidrar till att både bredda och fördjupa perspektivet på ett aktuellt spörsmål.

Det sagda avser den kunskaps- och erfarenhetsmässiga bakgrunden hos olika specialister inom sjukvården. Lägg därtill de samarbetsproblem

som uppstår till följd av att läkaren har olika huvudmän: den kommunalt anställda sjukhusläkaren, den privatpraktiserande läkaren, försäkringskassans förtroendeläkare, tjänsteläkaren inom hälsovårdsnämnd etc.

Inom området för en social service finner man motsvarigheter till det nämnda. Socialarbetare med specialinriktning på vertikala specialiteter inom den kommunala socialvården: socialhjälp, nykterhetsvård, barnavård. De tvärgående disciplinerna motsvaras här av socialarbetarna som förvärvat erfarenhet av en koordinerad socialvård enligt familjevårdsprincipen. Socialarbetare med olika huvudmän känner vi också igen som en parallell: inom kommunal socialvård, inom försäkringskassa, arbetsvård osv.

Antingen specialisterna fungerar inom det medicinska eller sociala vårdområdet — eller i ett framtida totalt vårdssystem — kan det inte nog understrykas vilka risker och vilka möjligheter som ligger i den situation som uppstår då ett vårdärendet tilldrar sig flera specialists uppmärksamhet. Riskerna ligger i de intressekollisioner och kompetensvister som kan uppstå mellan specialisterna. Möjligheterna till utomordentliga effektivitetsvinster ligger i en situation där en och samma vård- eller servicetagare blir föremål för det breda perspektiv och den samlade sakkunskap som specialisterna tillsammans kan medverka till. Vad vård- eller servicemottagaren är bäst betjänt av är självklart. Vi servicelämnare eller vårdgivare tycks behöva begrunda situationen närmare — och oftare.

Olika grundåskådningar — olika behandlingsprinciper

Om det föregående leder tankarna till konfliktforskning, så finns det än större anledning därtill när man tar upp frågor som gäller de grundläggande principer som gäller för en på beteendevetenskaperna fotad vård eller service — inom såväl den medicinska som den sociala sektorn. Så länge man agerar uteslutande på basis av teoribildningar, utan en nykter och saklig kritik av egna insatser, så länge må det vara hänt att profeterna

kan vara oense. På Gustaf Frödings tid kunde det kanske vara förståeligt om man accepterade ett sådant sakernas tillstånd: "Det, som är sanning i Berlin och Jena, / är bara dåligt skämt i Heidelberg." I vår tid måste man kunna resa kravet på att det görs boskillnad mellan tro och vetande, hypotes och fakta. De mänskliga och ekonomiska värden som står på spel borde vara tillräckliga argument för att tvinga fram en kontroll på effektiviteten i olika behandlingsprinciper. Sjukvårdssidan är långt ifrån exemplarisk, men den ligger i alla fall långt före socialvårdssidan då det gäller att *söka utforma* vårdprogram på basis av "vetenskap och beprövad erfarenhet". Till någon del lämnas sjukvårdsservice på basis av lagstiftning, men inte tillnärmelsevis i den omfattning som sker inom socialvårdsområdet. När landets socialchefer frågar om sociallagstiftningen är ett hinder eller ett hjälpmedel i det sociala vårdarbetet, så är det från denna jämförande aspekt att uppfatta som en framstöt i rätt riktning. Men därutöver måste socialvården få möjligheter att utveckla sina arbetsprinciper på samma sätt som alltid varit fallet inom sjukvården, som ett — i samarbete mellan teoretiker och praktiker bedrivet — systematiskt sökande efter förbättrade och mera effektiva vårdprinciper. Inom sjukvården har man inte känt någon risk för kollision mellan å ena sidan en strävan efter ett personligt engagemang i servicelämnandet och, å andra sidan, försök till en nykter och kritisk värdering av den effekt som ligger i olika alternativa behandlingsprinciper. Mot en sådan bakgrund ter det sig ofrånkomligt att verksamheten i praktisk socialvård får en fastare förankring i forskning och utbildning inom området.

Forskning i praktisk socialvård — vem skall ansvara för den?

Som lärare i en medicinsk fakultet känner jag det som en absurditet om jag skulle ställas inför kravet att bedriva praktisk klinisk undervisning och forskning utan möjlighet till en fortlöpande, levande kontakt med aktiv sjukvård. Inom de kliniska medicinska disciplinerna är ju som bekant universitetsbefattningarna kombinerade med an-

ställning hos sjukvårdshuvudmannen för universitetssjukhusen. Dessutom sker en omfattande och kvalificerad forskning även vid sjukhus utanför universitetsorterna, så någon monopolställning på klinisk forskning har man inte på universitetssjukhusen. Tvärtom har vi under de senaste decennierna bevitnat hur nya medicinska läroanstalter vuxit upp kring större sjukvårdscentra med de förutvarande kommunalanställda överläkarna som professorer i stor utsträckning. Det man måste importera från etablerade lärosäten är företrädare för olika teoretiska discipliner.

Är det en halsbrytande idé att tänka sig en parallell för den praktiska socialvården? Är det inte i stället en nödvändighet att få till stånd en socialvård, där vissa befattningshavare kommer att stå med ena benet i praktisk verksamhet och det andra i teoretisk. Om sedan vederbörande skall kombinera sin kommunala befattning som socialchef, socialsekreterare etc. med forskar/läraryrke vid en fristående socialhögskola eller i en till ett universitet knuten särskild fakultet, har väl underordnad betydelse. Men det senare alternativet har ju åtskilliga fördelar, bl. a. genom de ökade möjligheterna till kontakter med kolleger i andra fakulteter. Helt nyligen har ju de fristående tandläkarhögskolorna utformats till eller omvandlats till odontologisk fakultet vid ett universitet. Så varför inte låta detsamma ske med socialhögskolorna?

psykoterapi

metoder och problem

Kommer under april som nr 36 i skriftserien.

Pris kr 9: —. Rabatt lämnas vid beställning av större upplagor.

Rekvireras hos

**Socialmedicinsk tidskrift,
Fack, 104 01 Stockholm 60
tel. 08/83 20 83 08/27 96 84**