

Socialvårdens målsättning

Bengt Lindegård

Bengt Lindegård, professor i socialmedicin vid Göteborgs Universitet, redovisar i denna artikel några synpunkter på den utomordentligt komplexa frågan om socialvårdens målsättning med hänsyn till fyra skilda perspektiv: klienternas perspektiv, funktionärernas perspektiv, det administrativa och det politiska perspektivet.

Artikeln bygger på ett anförande vid ett socialmedicinskt seminarium arrangerat vid Göteborgs Socialförvaltning i maj 1969.

Var man än försöker hugga in i socialvårdsdebatten, möter man värderingar av olika slag. Där det finns en värdering med i spelet, där finns det också alternativa värderingar. Därför borde bidragsgivarna till debatten börja med att lämna en självdeklaration, som talar om för åhörarna vilka värderingar man utgår ifrån, vilka förutsättningar man bygger på och vilka erfarenheter man åberopar.

I linje härmed vill jag deklarerar följande för egen del, nämligen

- a) jag baserar mina synpunkter på de praktiska och teoretiska erfarenheter jag vunnit som socialmedicinare med inblick i såväl sjukvård som socialvård,
- b) Jag förutsätter att ett närmande mellan socialvård och sjukvård kommer till stånd och att en sådan process är befogad med hänsyn till människornas behov av stödande eller hjälpanande åtgärder från samhällets sida, samt
- c) jag är förespråkare för ett integrativt socialmedicinskt synsätt och d:o arbetsmetodik då samhällets stöd- och hjälpåtgärder mot enskilda medborgare planeras och verkställs.

Mot denna bakgrund av erfarenheter och vär-

deringar vill jag försöka ge några synpunkter på den utomordentligt komplexa frågan om socialvårdens målsättning. För att komma frågan närmare in på livet har det tätt sig ändamålsenligt att resonera utifrån fyra skilda perspektiv. Först gäller det frågan sedd i ett *politiskt perspektiv*, därefter i ett *administrativt perspektiv*. Vidare kan man begrunda frågan ur *funktionärernas* och slutligen ur *klienternas eller patienternas perspektiv*.

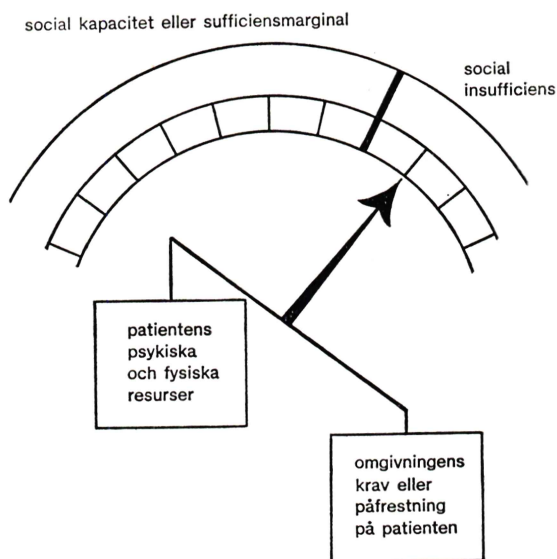
Eftersom frågan om socialvårdens målsättning till sist mest handgripligt berör vårdtagarna, har det fallit sig naturligt att börja med att söka belysa ämnet från deras perspektiv.

Socialvårdens målsättning i klientens perspektiv

Väntar vi oss ett hyggligt resultat av socialvårdsarbetet, gör vi nog klokt i att så långt sig göra låter betrakta klienten/patienten som en medlem i det socialmedicinska teamet. Vårdgivarnas förmåga till inlevelse må vara aldrig så god, det är ju klienten själv som i sista hand känner och prövar om åtgärderna som föreslås är ändamålsenliga i den bemärkelsen att de fyller ett medvetet behov hos den vårdbehövande. Den "socialmedi-

cinska vågen" (Jfr nedan) som tankemodell innebär att en behandlingsplan i princip omfattar *dels* åtgärder för att höja patientens egen kapacitet att bemästra sin omgivningssituation, *dels* åtgärder för att minska miljöpåfrestningen och därmed underlätta för patienten att fungera med de resurser han har. I den diskussionen bör patienten få vara med och ge synpunkter lika väl som höra argument från de övriga i teamet. Man vågar nog hävda, att det redan med en sådan åtgärd går att tona ned betydelsen av terapeuternas kontroll- och sanktionsfunktioner. Däremot ökar möjligheterna att kunna agera på basis av en förtroendefunktion gentemot den vårdbehövande.

Vad är det då för vård som klienten känner behov av? Hur skulle han eller hon vilja skissera socialvårdens målsättning? Det är naturligtvis omöjligt att kortfattat diskutera så komplicerade spörsmål, men några kommentarer kan lämnas.



Den "socialmedicinska vågen". Patientens sociala kapacitet eller sufficiensmarginal är beroende av balansen mellan å ena sidan hans psykofysiska resurser och å andra sidan de krav eller påfrestningar som omgivningen (i hemmet, på arbetsplatsen, etc) ställer på honom eller henne.

Jag vill peka på två kategorier av sociala behov som ofta kommer fram i resonemangen med patienterna, mer eller mindre tydligt, mer eller mindre pockande. Det ena är behovet av *trygghet*, det andra behovet av *frihet*. För klienten måste det i varje fall primärt ligga närmast till hands att få dessa behov tillgodosedda genom manipulationer i den "högra vågskålen" av den socialmedicinska vågen, dvs. genom ingripanden mot omgivnings-situationen. Så länge det gäller åtgärder mot eller kring materiella eller institutionella miljömoment, finns det knappast några principiella hinder av betydelse mot att gå patienten tillmötes härvidlag i ett genomsnittsärende. De principiella svårigheterna börjar dyka upp på allvar, när det är åtgärder mot den mänskliga omgivningen som aktualiseras. Hur långt vågar man, bör man och kan man tillåta sig att påverka den mänskliga omgivningen för att tillgodose patientens behov av trygghet och/eller frihet? Påverkar man exempelvis den ena parten i ett äktenskap genom ett resonemang om makens eller makans behov av trygghet, innebär det ju inte sällan att man av den motsatta parten kräver att han eller hon skall ge avkall på *sitt* behov av frihet. Pläderar man i stället för patientens behov av frihet, anstränger man kanske motpartens behov av trygghet. Situationen känns förmodligen igen av dem som haft familjeärenden med t. ex. alkoholproblematik.

Går vi utanför patientens privata mänskliga omgivning såsom i nyssnämnda exempel, kan vi också lätt finna prov på att ett tillfredsställande av patientens behov av trygghet, men framför allt hans behov av frihet, måste bekostas med andra människors behov av motsvarande slag. I vissa situationer blir den här balansen så påtaglig, att man nästan får en vision av ett par barn som leker på ett gungbräde: en uppåtgående rörelse för den ene är villkorslöst kopplat till en nedåtgående för den andre.

Tyvärr tycks det finnas ett visst samband mellan människans behov av trygghet och hennes behov av frihet. Alla känner säkert från det praktiska arbetet igen vilken fastlåst situation man upplever, när man diskuterar den sociala problematiken med en människa som samtidigt upplever

ett starkt behov av trygghet och ett starkt behov av frihet. Jag önskar fästa uppmärksamheten på dessa nog så viktiga detaljer, därför att det aktualiserar frågor som omgivningens toleransgräns, anpassningskrav, kontroll- och tvångsåtgärder och annat slikt, som vi känner olust inför, men som vi nog får dras med i socialvårdsarbetet, oberoende av hur man formulerar målsättningen. Det vi kan hoppas på, är att hålla våra kontroll- och sanktionsfunktioner nere på ett minimum genom att vidta åtgärder av olika slag som bereder största möjliga utrymme för ett socialvårdsarbete på basis av en förtroendefunktion.

Socialvårdens målsättning i funktionärens perspektiv

Med avsikt har här använts benämningen *funktionär* som ett sammanfattande begrepp för de verkställande tjänstemännen inom socialvården. Anledningen därtill är att man redan nu, men ännu mer i en framtida vårdorganisation, rimligtvis måste räkna med att den praktiska verksamheten kräver samtidig medverkan av personer med skiftande utbildningsprofil. Den kunskap vi redan nu har om de vårdbehövande, vittnar om att man dels behöver tillgång till olika slags experter, dels av rationaliseringsskäl måste eftersträva ett närmande mellan de båda vårdområdena sjukvård och socialvård. Oavsett hur långt den integrationen kommer att drivas i framtiden, är det ofrånkomligt att de medverkande experterna inbördes etablerar kunskapsmässig kontakt, så att de bildar ett effektivt team i rutinarbetet. Det förefaller vetligt att se verksamheten uppspaltad i team, som fungerar på olika avstånd från den front, där vårdtagare och vårdgivare möts. Det strider på intet sätt mot det följande påståendet att tyngdpunkten i forskningen måste koncentreras till den praktiska verksamheten. Den kliniska medicinska forskningen må tjäna som exempel på hur teori och praktik kan samverka till en fortlöpande förbättring av praktiska arbetsmetoder.

Begränsar vi resonemanget till att avse frontlinjen i vårdarbetet, så kan vi där utskilja några funktionärer med varierande utbildningsprofil: så-

dana med socionomutbildning, läkarutbildning och psykologutbildning.

Utifrån innehållet i grundutbildningen för dessa funktionärer, måste man kräva en vidareutbildning för dem alla, innan de kan anses tillräckligt förberedda att smälta in i vårdteamet på önskvärt sätt. Man behöver ju bara tänka på rutinarbetet på en socialbyrå, så som verksamheten kommit att utformas här i Göteborg, för att omedelbart kunna dra slutsatsen, att de tre nämnda slagen av funktionärer efter sin grundutbildning är otillräckligt förberedda för att fylla sina respektive roller i teamet kring vårdtagarna. Sak samma gäller inom sjukvårdssektorn.

Innan man kan börja diskutera vad som skall fordras av var och en ifråga om vidareutbildning, måste vi försöka bestämma åtminstone en preliminär målsättning för teamets verksamhet. Om vi accepterar en integration mellan socialvård och sjukvård som något eftersträvänsvärt, så borde vi i konsekvens härmed söka finna samarbetsformer inom det socialmedicinska teamet, som är någorlunda likartade, antingen teamet fungerar inom en socialvårdande eller en sjukvårdande institution.

Kan detta accepteras, borde man också kunna enas om "den socialmedicinska vågen" som en ändamålsenlig tankemodell för utrednings- och behandlingsarbetet. Jag skall inte gå i detaljer på den punkten, utan blott sammanfattande erinra om att modellen beskriver en dynamisk relation mellan tre olika kategorier, nämligen

- a) individens sociala funktionsförmåga i olika avseenden,
- b) individens samlade psykofysiska resurser att bemästra en viss omgivningssituation, samt
- c) de krav eller påfrestningar som en bestämd omgivningssituation medför för individen.

Denna modell behöver kompletteras i vårdären den som omfattar flera personer, exempelvis en familj eller ett hushåll. I förevarande sammanhang kan denna randanmärkning emellertid lämnas därhän. Det principiella gäller i stället hur de olika funktionärerna på bästa sätt skall nyttja sin egen utbildning och samtidigt på bästa sätt smälta in i det socialmedicinska teamet, som gemensamt

har att beakta vågmodellens kategorier i utrednings- och behandlingsarbetet. Frågan går lättast att besvara då det gäller läkarens medverkan. Vederbörande bör ha en socialmedicinsk specialistprofil för att smälta in i teamet mest effektivt. Svårare blir frågan, då det gäller socionomens och psykologens specialistprofil.

Låt mig börja med *socionomen*. I grundutbildningen för denna examen är det två moment, som förefaller ha särskilt stor betydelse i detta sammanhang nämligen dels vad vi skulle kunna kalla "tillämpad psykologi", dels "praktisk förvaltningskunskap". En socionom med vidareutbildning inom dessa båda områden, kan uppfattas som en specialist med egen profil; låt mig förslagsvis benämna denne för en *socioterapeut*. Tyvärr är arbetsbetingelserna för socioterapeuten olika för närvarande inom socialvård och inom sjukvård. I förra fallet nödgas vederbörande agera med tyngdpunkten lagd på en kontroll- och sanktionsfunktion gentemot vårdtagarna. Inom sjukvården däremot har socioterapeuten fördelen av att kunna agera huvudsakligen på basis av en förtroendefunktion i relation till sina patienter. Detta i sin tur för med sig att socioterapeuten inom den nuvarande socialvården kommer att vidmakthålla i första hand sin kunskaper i praktisk förvaltningskunskap, kollegan i sjukvården däremot i första hand sina kunskaper och färdigheter i tillämpad psykologi. Trots sin gemensamma utbildningsbakgrund kommer därför lätt socioterapeuten inom socialvård resp. sjukvård att sekundärt utveckla skilda funktionsmönster. Detta ter sig mindre tillfredsställande, eftersom det skapar olika betingelser för den tredje medlemmen i det socialmedicinska teamet, d. v. s. psykologen. Från socialvårdens synpunkt vore det önskvärt att socioterapeuten i högre grad än vad nu är fallet, kunde vidmakthålla eller förkovra sina insikter i tillämpad psykologi. Från sjukvårdens synpunkt vore det önskvärt att vederbörande förkovrar sig i praktisk förvaltningskunskap. Om det från ett vidare perspektiv bedömes önskvärt att eftersträva ett närmande av sjukvård och socialvård till varandra, skulle det i hög grad gagna syftet om socioterapeuterna själva toge initiativ till, och genom åt-

gärder från respektive huvudmän bereddes tillfälle till, att konsolidera sin utbildningsprofil genom att växelvis eller parallellt tjänstgöra inom båda vårdområdena.

Frågan är om inte socioterapeuterna i så fall skulle bli nyckelpersoner i integrationssträvandet jämfört med övriga medlemmar i ett socialmedicinskt team.

När det gäller den återstående partnern i teamet, *psykologen*, och målsättningen för dennes verksamhet, vill jag knyta an till Sigurd Dvoretzky's översikt "Psykologens roll i det sociala diagnos- och rehabiliteringsarbetet." Ser man till psykologens grundutbildning, måste man erkänna att denne står bättre metodologiskt rustad än socionomen och läkaren, efter deras resp. grundutbildning, för att medverka i ett utvecklingsarbete. Här avses då personer med psykologbehörighet, inte dem med behörighet blott som biträdande psykolog.

Med sin metodkunskap står psykologen, om jag fattat Dvoretzky rätt, beredd att förfina och objektivisera grunderna för bedömning av mänskligt upplevande och beteende. I min kliniska verksamhet har jag lärt mig att uppskatta, för att inte säga vant mig vid att vara bortskämd med, denna form av expertbistånd. De mjukdata, man som kliniker samlar in, kan med psykologens benägna medverkan stagas upp i form av hårddata, insamlade med raffinerade metoder som t. o. m. ofta kan uttryckas kvantitativt. Denna del av psykologens yrkeskunnighet har vi inte råd att undvara i det socialmedicinska teamet. Men jag kan inte förstå, att psykologen skulle ha så mycket att riskera genom att lämna denna position bakom fronten för att rycka fram i ledet bredvid socioterapeut och läkare, och även hjälpa till att samla in primärobervationer som skall bilda underlag för utredning och behandlingsplan. Här har vi ett eftersatt område inom den tillämpade psykologin. Om man kunde räkna med att få till stånd en socialvårdsorganisation, som i sig inbegriper forskning och undervisning, skulle psykologen komma att bli oumbärlig för den samlade verksamheten, både som forskare och som lärare i tillämpad psykologi. Här behöver vi en förnyelse,

och psykologen måste beredas möjligheter att få arbeta med mjukdata och pröva nya vägar, obunden av mera traditionella personlighetsteorier, psykodiagnostiska förfaringssätt och mot dem korresponderande behandlingsprinciper.

Socialvårdens målsättning i administrativt perspektiv

Den praktiska utformningen av socialvården får en yttre ram genom den politiska målsättningen. Men inom denna ram måste det anses vara ett allmänt intresse att resurserna som står till buds, nyttjas så effektivt och så rationellt som möjligt. Det får inte bli så, att det om socialvården skall kunna sägas, att man där "griper till åtgärder, om vilka man inte vet någonting, mot människor om vilka man inte vet någonting". Tvärtom måste den administrativa målsättningen vara att få till stånd ett rikt differentierat åtgärdsregister, väl kartlagt ifråga om sin innebörd och sina konsekvenser, och som efter rationella principer kan appliceras i enskilda vårdärenden efter en detaljerad prövning av frågorna *vem* åtgärderna skall sättas in mot och *varför*.

Den här vårdstrategin i enskilda ärenden förutsätter en noggrann kartläggning av verksamheten, dess resultat på kort och lång sikt, liksom en arbetsmetodik som tillåter funktionärerna inom vårdorganisationen att agera systematiskt efter riktlinjer, som efter hand framkommer ur en driftkontroll. Denna driftkontroll kan beskrivas som en "systematiserad anrikning av kunskap". Om man vill kalla det jobbet för utvecklingsarbete eller forskning är väl en smaksak, något som man kanske borde framhålla för huvudmännen!

Den administrativa målsättningen får emellertid inte begränsas till den terapeutiska situationen i ett givet vårdärende. Med det nytillkomna åläggandet för socialvården att bedriva uppsökande verksamhet, föreligger en klart uttryckt politisk målsättning. Enligt mitt sätt att se, betyder detta att den verkställande instansen måste börja tänka i "upp-tagningsområden" och låta den vårdtekniska strategin omfatta hela populationen inom sitt upp-tagningsområde. Liksom beträffande individual-

vården, kan man i detta fall gå tillväga mer eller mindre systematiskt. För att kunna utnyttja personella och ekonomiska resurser maximalt, är det givetvis väsentligt att även den uppsökande verksamheten baseras på systematiserat införskaffande av kunskap. Det finns ett instrument för detta ändamål i form av epidemiologisk metodik, med vars hjälp man kan definiera riskgrupper och identifiera personer medan vederbörandes behandlingsprognos är gynnsam.

Det sagda leder över till frågor rörande forskningens organisation inom socialvårdsområdet. Socialvårdarna skall inte vänta sig att det kommer utomstående experter ur tomma intet för att lämna svar på de frågor som dyker upp i det praktiska vardagsarbetet. Vidare vill jag uttrycka min skepsis mot att till svensk socialvård söka överföra arbetsmetoder som utvecklats på klientel med starkt avvikande bakgrund ifråga om vård-motivation, kulturell tradition samt ekonomiska och andra sociala förutsättningar. Tvärtom är jag övertygad om att vår socialvård måste skaffa sig den önskade ansiktslyftningen genom egna insatser. Man kan i sammanhanget erinra om en parallell inom sjukvården, t. ex. hur fältskärernas rätt primitiva verksamhet systematiskt utvecklats till en på "vetenskap och beprövad erfarenhet" baserad modern kirurgi.

Därför måste, som jag ser saken, en viktig målsättning för socialvården från administrativ synpunkt vara att *inom* verksamheten söka få till stånd en organisation där autentisk socialvård knytes samman med såväl åtgärdsforskning som mera teoretisk forskning. Kan man realisera den målsättningen, tror jag att det, inom ganska kort tid, inom socialvårdens egna väggar skall lyckas åstadkommas en förvandling av helt annan dignitet än den rätt nyligen genomförda omorganisationen. Man får då samtidigt en organisation, som tveklöst måste anses ha de allra bästa förutsättningar för att erbjuda efterföljande generationers funktionärer ändamålsenlig förberedelse för sin framtida yrkesverksamhet.

I det sammanhanget kan man erinra om ett par latinska sentenser som återger en månghundra-årig erfarenhet. Den ena vänder sig till eleverna

och säger "Vi lära icke för skolan utan för livet". Den andra vänder sig till lärarna och lyder "Genom att undervisa andra, förkovrar vi oss själva".

Jag ser framför mig en socialvårdsorganisation, där den praktiska verksamheten är intimt kopplad med såväl forskning som undervisning. Med litet god vilja från berörda parter borde den visionen snart kunna materialiseras.

Socialvårdens målsättning i politiskt perspektiv

Ett ofta brukat citat lyder så: "Krig är en alltför allvarlig affär för att kunna lämnas åt generalernas avgöranden". Jag tror att många skulle vilja överföra det uttrycket till samhällets vårdområden och hävda att sjukvården är ett alltför besvärligt samhällsproblem för att lämnas över åt läkarnas avgöranden, eller att socialvården på motsvarande sätt inte kan baseras på socialvårdstjänstemännens avgöranden.

I ett demokratiskt samhälle måste det väl uppfattas som riktigt att landets försvarspolitik, sjukvårdspolitik och socialvårdspolitik m. m. återspeglar medborgarnas inställning och värderingar. Det måste följaktligen bli de folkvaldas sak att fatta beslut om socialvårdens policyfrågor, vad den skall omfatta kvantitativt och kvalitativt. Skall socialvården överlag omvandlas till den integrerade typ, som vi har exempelvis i Göteborg? Skall verksamheten begränsas till att endast omfatta enskilda individer eller familjer? Skall verksamheten ifråga om förebyggande uppgifter fortfarande ha en individinriktning, eller skall den tillika ha socialhygieniska uppgifter, som på bred front attackerar vad Arne Magnusson kallat den sociotekniska miljön? Skall socialvården utformas till ett instrument, som effektivt kan bidra till utjämningen av medborgarnas sociala standard, skall man söka lösa låglönegruppernas problem den vägen?

Frågorna är många, och de för administration och verkställighet ansvariga inom socialvården måste få direktiv från beslutande politiska instanser. Men omvänt måste dessa få löpande information till grund för sina beslut. Här måste det fin-

nas utrymme för att de som befinner sig i socialvårdens frontlinje får komma till tals. De måste påtala brister i vårdfunktionen, föra fram förslag till förbättringar och i övrigt ge argument till förtröendemännen, för att dessa skall kunna fylla sina uppgifter på den politiska nivån.

Jag vill avsluta med att knyta an till klientens perspektiv på socialvårdens målsättning. Jag har önskat fästa uppmärksamheten på att behovet av trygghet och behovet av frihet ofta framträder starkt hos socialvårdens klienter. De behoven finns emellertid också hos oss, som inte utnyttjar socialvårdens resurser. Det är inte dessa behov i sig som aktualiserar socialvård, utan tillstötande komplikationer, antingen de drabbar individerna själva, deras närmaste omgivning eller båda. Men i samband härmed frustreras ofta behovet av trygghet och behovet av frihet, och det jag ville påpeka är att den frustrationen av klienten själv kan upplevas som det svåraste bekymret för honom eller henne.

Hur socialvårdens policy ytterst bestäms i det politiska perspektivet är en fråga som intimt hänger samman med hur flertalet av oss vill tillgodose och balansera de båda, i viss mån konkurrerande behov, som finns hos oss alla: behovet av trygghet och behovet av frihet.

Ett ställningstagande till den sistnämnda frågan möter vi i John F. Kennedy's installationstal, då han manar sina medborgare: "Don't ask what America can do to you, but what we all can do together for the freedom of Man". Instämmer vi med presidentens uppmaning, finner vi den viktig för att utforma den atmosfär vi vill ha i vårt samhälle, eller söker vi andra vägar till ett andligt klimat i det samhälle vi önskar utveckla? Här snuddar man väl vid en politisk hjärtpunkt, där svaret i sista hand blir en samvetssak för envar.