

Samordning arbetsvård – socialvård

Arne Carlberg

Saga Hedberg

Lars Henricsson

Gunnel Lindholm

Ulla Wikner

Samordningen mellan arbetsvården och socialvården fungerar inte tillfredsställande. Det medför dubbelarbete och ineffektivitet. Klienten kommer i kläm. Olika åtgärder kan vidtas för att förbättra systemet: Öppna vägarna för direktrems från socialvården till den kommunala arbetsvården. Integrera arbetsvårdens kuratorsfunktion i socialvården. Inför behandlingskollegier. Skapa resurser för metodisk resultatvärdering.

Dessa synpunkter framförs av en grupp socialarbetare, som är verksamma vid socialbyrå 5 inom Göteborgs socialförvaltning.

Låt oss först konstatera att en effektiv arbetsvård är en förutsättning för ett positivt resultat av det sociala rehabiliteringsarbetet. På samma sätt är arbetsvårdens rehabiliteringsresultat beroende av socialvårdens insatser. Det är därför viktigt att samordningen arbetsvård — socialvård fungerar tillfredsställande, för att den enskilde klienten på ett rationellt och ändamålsenligt sätt skall kunna tillgodogöra sig denna del av samhällets resurser.

Förekommer det då inga organiserade samarbetsformer arbetsvård — socialvård? Sedan i början av 1960-talet tillämpas en systematiserad samordning mellan arbetsvården å ena sidan samt vårdanstalterna för alkoholskadade och ungdomsvårdsskolorna å den andra. Initiativet till denna togs av dåvarande socialstyrelsen i dess egenskap av centralorgan för dessa institutioner. Samordningen består av återkommande behandlingskollegier, där man fastställer behandlingsplan för den intagne. De består av företrädare för institutionsverksamheten, vård utbildning, terapi, arbete, psykiatrisk och somatisk konsult samt kontaktman för arbetsvården. Socialarbetare från socialbyråernas barnavård och nykterhetsvård ingår vanligtvis inte i dessa kollegier. De tillställs emellertid pro-

tokoll från dessa eller informeras på annat sätt om dem. Några mera säkra uppgifter om utfallet av denna samordning torde inte finnas. Den enda slutsatsen som dras är att de gett sämre eller bättre resultat alltefter de lokala förutsättningarna. Endast den slutna socialvården — institutionsvården är sålunda inordnad i detta samarbete. Det är självfallet att behovet av arbetsvård och dess samordning med socialvård borde beaktas långt tidigare i behandlingskedjan, redan i samband med insättande av förebyggande åtgärder i barnavård och nykterhetsvård. Socialvårdens intresse för detta synes dock hitintills ha varit klen. I en utredning om arbetsmarknadsverkets rationalisering (SOU 1968, 61 kap 10) tillfrågades 52 socialchefer om sina synpunkter på samarbete. Endast 14 hade anspråk på mera systematiserat sådant, medan 38 ansåg, att det räckte med improviserade kontakter av typ telefonsamtal.

Samordning saknas

Socialvården har vanligtvis inga särskilda kriterier för anvisning av sökande till arbetsvård. Ett visst urval i dessa fall sker dock vid tillämpningen av bestämmelserna för prövning av ansökan om

kommunal arbetslöshetshjälp. I dessa anges att sökande måste stå till förfogande för öppen arbetsmarknad för att beviljas understöd. Ansökan om arbetsvård prövas från fall till fall av den enskilde socialassistenten utifrån socialmetodiska synpunkter. De anvisade blir i första hand personer med påtaglig anpassningssvikt, alkoholskadda, narkotikaberoende och kriminella. Det förekommer även underutbildade, särskilt de stora kategorier män och kvinnor i medelåldern och däröver, vars utbildning hitintills försumrats av samhället. En stor del av de sökande är sålunda mer eller mindre socialt invalidiserade, ett förhållande som arbetsvården naturligt nog har att taga hänsyn till i sin prövning. Det förefaller oss dock som om t.ex. förekomst av alkoholmissbruk hos en sökande utgör en alltför negativ faktor vid arbetsvårdens bedömning. Det är ju dock en allmän erfarenhet, att alkoholproblem i växelverkan med svikt i arbets- och samlevnadsmiljö är en av de vanligaste klientskapande funktionerna i samhället. Arbetsvården bör taga konsekvensen av detta och intaga en hög tolerans i förhållande till alkoholskadda såväl vid intagningsprövning som under pågående rehabilitering. När socialvården remitterar en person till arbetsvården, ingår detta som ett led i en behandlingsplan, vilken kan innefatta flera, olika typer av vårdinsatser: socialhjälp, förebyggande barnavård, medicinsk behandling. I den mån klienten har familj innefattas även denna i behandlingsplaneringen. Vid remitteringen till arbetsvård kan denna behandling ha pågått längre eller kortare tid. Den kan också ha påbörjats i samband med remitteringen. Det kan i många fall bli fråga om en behandlingskedja, som kommer att sträcka sig över flera år. Med nuvarande samordning eller brist på sådan får socialassistenten endast en sporadisk, perifer kontakt och fragmentarisk information om sin klient, vad gäller dennes förhållande i arbetsvården. Assistenten får sålunda följa upp sitt behandlingsarbete med klienten utan att närmare känna till det i sammanhanget så betydelsefulla utfallet av arbetsvårdens rehabiliteringsarbete. Arbetsvårdaren svävar i samma okunnighet om socialvårdarens behandlingsarbete. Vi är nämligen medvetna om, att arbetsvården bedriver ett kvali-

Behandlingsarbete i de enskilda fallen pågår sålunda parallellt utan samråd och kommunikation. Dubbelarbete och överplanering blir följden.

ficerat behandlingsarbete, som vi självfallet är intresserade i och vill taga del av på "gräsrotsnivå". Något egentligt utbyte av behandlingsplaner mellan de bägge vårdorganen sker, som nämnts, icke. Behandlingsarbete i de enskilda fallen pågår sålunda parallellt utan samråd och kommunikation. Dubbelarbete och överplanering blir lätt följden. De bägge behandlingorganen har, alltefter uppgift och målsättning, utformat egna profiler ifråga om arbetsmetodik, bedömning och terminologi. Detta skapar ytterligare en distans ifråga om kommunikation och när det gäller att realistiskt och tolerant bedöma varandras resurser och prestationer. Under sådana omständigheter kan även klienten bli förvirrad och osäker om sin position eller på annat sätt "komma i kläm". Klienten kan även i det läget "spela ut" olika instanser mot varandra. Det kan även skapa en benägenhet hos respektive handläggare i ärendet att lägga detta "åt sidan" i förlitan på annan ansvarig. Behandlingsprocessen blir också ogripbar och avlägsen för de berörda, arbetsvårdare, klient och socialassistent och det kan befaras att motivation och arbetstillfredsställelse sjunker.

Dolt behov

Det är en spridd uppfattning, att det finnes ett stort dolt behov av arbetsvård. Enligt en tidningsuppgift nyligen skulle ändock totalt ca 100 000 personer dagligen köa för sådan. Enligt samma tidning placeras ett allt mindre antal arbetsvårdsfall på arbetsmarknaden: 13 — 14 % idag mot 1/3 i början av 1960-talet. I tidigare nämnda utredning rörande arbetsmarknadsverket (SOU 1968, 60—62) påvisas att verket bedriver en omfattande socialt motiverad verksamhet, trots att dess officiella målsättning som ett styrningsorgan i den ekonomiska politiken allttjämt står fast. Det finnes skäl antaga, att stora delar av den arbetskraft som

omsättes i arbetsmarknadsverkets öppna förmedlingsverksamhet av olika anledningar har problem i förhållande till arbetslivet; ålder, ohälsa, utbildning, nationalitet. Hos dessa kategorier finnes ibland ett motstånd och en bristande motivation för att taga del av arbetsutbudet. Det fordrar en nästan kurativ anvisningsform och tillmötesgående från marknadsföraren — arbetsförmedlingen. Verket har här i stället infört ett slags självbetjäningssystem, som förutsätter självförtroende och initiativ från de sökande.

Behov av t.ex. socialhjälp förorsakas i ett stort antal fall av undersysselsättning beroende bl.a. på bristande anpassning till arbetet. I fall av alkoholmissbruk och narkotikaberoende föreligger mestadels en växelverkan mellan dessa och olust, otrivsel och ineffektivitet i arbetsmiljön. Till dessa kommer grupper som kriminella och övriga avvikande. De okvalificerade restsysselsättningar, som oftast tilldelats de undersysselsatta har dessbättre minskat genom den ständigt pågående rationaliseringen inom såväl offentlig som privat företagssamhet. Detta förhållande tillför arbetsvården ytterligare sökande.

Direktremiss

Det är konstaterat, att socialvårdens och arbetsvårdens klientgrupper till stora delar sammanfaller. En samordning är redan av det skälet nödvändig för att åstadkomma ett gott rehabiliteringsklimat. Arbetsvårdens målsättning anges vara, att inlemma socialt, psykiskt och somatiskt handikappade i arbetslivet. Socialvårdens målsättning, att förebygga sociala störningar och stödja normala, sociala förlopp, är mer övergripande och avser inlemmande i ett vidare socialt sammanhang. Anpassning till arbetslivet ingår här mera som en beståndsdel. Här känner dock den enskilde socialarbetaren behov av en målsättning, som är mera konkret och realistisk, mera avsedd för vardagsbruk. Detta gäller främst vid rehabiliteringen av alkoholskadade eller drogberoende personer, där man, enligt vår uppfattning, måste ställa låga anspråk och visa stort tålamod vad avser närvaro, prestation, allmänt uppträdande och avhållsamhet från alkohol eller narkotika. De

=====

Direktremittering är en förutsättning för samordning av behandlingsplanering och behandlingsarbete. Den är också den rakaste, minst tidsödande och administrativt förnuftigaste vägen.

=====

rehabiliterande organen måste här ständigt vara inställda på att börja om. De "sociala sjukdomsförloppen" är okända och svåråtkomliga. De har dock i sak samma konsekvenser för den enskilde som de organiska sjukdomarna, varför de måste ses med samma tolerans som dessa.

Även där det kommunala rehabiliteringsorganet är integrerat i den sociala förvaltningen med funktion av allmänt serviceorgan, som fallet är i Göteborg, förekommer kommunikationsproblem mellan detta och den öppna socialvården (socialbyrån). Detta till trots att information utväxlas och vilja och förmåga till samråd och styrning finnes. Enligt vår uppfattning beror detta på, att huvudmannaskapet för arbetsvården är uppdelat på stat och kommun. För vårt vidkommande i Göteborg innebär denna uppdelning bl.a. det egenartade förfarandet, att klienttillströmningen från socialvården till dess eget rehabiliteringsorgan styrs och fördelas genom det statliga organet. Någon direkt remittering av arbetsvårdssökande från socialbyrå till socialförvaltningens arbetsvård får sålunda icke förekomma. En sådan direktremittering är enligt vår uppfattning en förutsättning för samordning av behandlingsplanering och behandlingsarbete. Den är också den rakaste, minst tidsödande och administrativt förnuftigaste vägen. Genom det nuvarande alltför omständliga och långsamma remitteringsförfarandet tunnas underlaget ut för meningsfulla och regelbundna kommunikationer i form av t.ex. behandlingskollegier. Klientens tålamod utsättes här på svåra prov. Vad gäller alkoholskadade blir följden inte sällan återfall i missbruk.

Behandlingsplanering och resultatkontroll

Om samordningen arbetsvård — socialvård ute på fältet i de konkreta fallen ofta uppleves som ett problem hur skall då denna samordning förbätt-

ras? Möjligheterna att åstadkomma en fullständig integrering i stil med vad som avses i t.ex. familjevårdsprincipen är säkerligen begränsade och stöter på stora praktiska svårigheter. Det kommunala rehabiliteringsorganet borde emellertid få en mera enhetlig och självständig ställning gentemot det statliga, med utrymme för direkt inremittering och fullständig handläggning längs hela rehabiliteringsledet. En praktiskt genomförbar samordning med socialbyrån vore, att arbetsvårdens kurativa verksamhet överfördes till denna, medan prövningsverksamheten och ledningen av driften fortfarande bedrevs centralt. För samordning av behandlingsplanering och behandlingsarbete finnes redan den modell som tillämpas mellan öppen socialvård och institutionsvård inom barna- och nykterhetsvård. Behandlingskollegier bestående av i ärendet berörda parter samt klienten fastställer och dokumenterar här behandlingsplaner. I ifrågavarande fall skulle från socialbyrån förslagsvis kunna ingå socialassistent och socialläkare och från arbetsvården psykolog, yrkesledare och läkare. Denna grupp skulle vid behov kunna utökas med experter, föräldrar och andra. Den fastställda planen skulle dokumenteras och tillställas parter och klient. Behandlingsutfallet skulle sedan bedömas inom samma forum och planen alltefter denna bedömning, kollationeras och justeras. För sådana arbetsformer förutsättes att de båda vårdorganen är väl införstådda med varandras arbetsmetodik, bedömningskriterier, vägledande bestämmelser, resurser och kapacitet. Information om denna gemensamma referensram måste därför kontinuerligt ske inom gruppen. En sådan arbetsgrupp, där det finnes en gemensam målsättning är bäst lämpad att på egen hand utforma riktlinjer för samordnad verksamhet.

Ett samordnat socialt rehabiliteringsarbete borde följas upp av resultatskontroll d.v.s. en helhetsbedömning av klientens situation en viss tid efter rehabiliteringens avslutande. Från erfarenheterna av denna kontroll skulle sedan utvecklingsarbetet läggas upp, vad avser arbetsmetoder, organisation och resurser. I allt socialt behandlingsarbete saknas idag möjligheter att med säkerhet konstatera om den önskade effekten uppnås. Detta

Ett samordnat socialt rehabiliteringsarbete borde följas upp av resultatskontroll d v s en helhetsbedömning av klientens situation en viss tid efter rehabiliteringens avslutande.

beror dels på att de mål som sätts för verksamheten är vagt och allmänt formulerade, men dels även på att vi saknar instrument för själva resultatmätningen. En kontroll av behandlingens resultat är befogad av flera skäl; vårt ansvar för den enskilde klientens situation är ett sådant. Ett annat skäl sammanhänger med de begränsade resurser som står till vårt förfogande. Det är naturligtvis viktigt att dessa används så effektivt som möjligt. I vårt förslag till förbättrad samordning mellan arbetsvård och socialvård ingår alltså att målen bör utformas så konkret som möjligt. Först därefter kan man ange mätmetoder för att konstatera graden av måluppfyllelse. För att på lång sikt nå ett effektivt (läs gott) resultat i enskilda behandlingsgrupper är det alltså också väsentligt att organen för arbetsvård tilldelas resurser för tillämpad beteendeforskning.

HYLLOR

praktiska
konstruktioner
för kontor
arkiv
bibliotek
butiker
laboratorier
privatinredn.



Sparings

Försäljningsavd.:

Tel. 67 36 50 — 67 76 75 — 67 76 81
Karlavägen 89 — Stockholm O