

Socialhjälp — socialmedicin

En effektiviserad socialnämndsorganisation

Av socialdirektör *Bengt Hedlén* och socialläkare *Göran Zander*.

I Norrköping är socialvården decentraliserad liksom i de övriga landstingsfria städerna med undantag för Gävle. Socialnämnd, barnavårdsnämnd, nykterhetsnämnd m. fl. sociala nämnder har sina egna förvaltningar.

Socialnämndens huvuduppgifter är att fullgöra stadens skyldigheter enligt lag om socialhjälp och lag om socialregister och att dessutom fullgöra skyldigheter enligt särskilda författningar och av stadsfullmäktige fastställt reglemente. Vidare skall nämnden bland annat ombesörja åldersvården, administrera arbetslöshetsnämndsverksamheten och förvalta nämndens fastigheter och fonder. Förvaltningen har under senare år varit föremål för två omfattande organisationsutredningar. År 1948 ersattes det s. k. Elberfeldsystemet med mera tidsenliga arbetsformer och år 1958 hade man slutfört en översyn, vilken tillkommit i syfte att samordna och effektivisera de olika förvaltningsgrenarna. Den nuvarande organisationen framgår av nedanstående två organisationsplaner, fig. 1 och 2.

Socialnämnden, som sammanträder c:a 20 gånger per år har nio ordinarie ledamöter. Enligt reglemente kan vissa grupper av ärenden delegeras. Detta har också skett i stor utsträckning. Ett presidium om tre personer, ordförande, vice ordförande och direktör, förbereder de ärenden som förelägges nämnden. På tjänstemannasidan samordnas de olika avdelningarnas arbetsuppgifter av en ledningsgrupp bestående av direktören och de fem avdelningscheferna. Ledningsgruppen har dessutom bland annat till uppgift att planlägga och följa utvecklingen inom verksamhetsområdet och att befrämja information och fortbildning. Genom att socialläkaren dels deltar i nämndens sammanträden och ingår i intagningsdelegationen för den slutna vården, dels tillhör led-

ningsgruppen, kommer läkarens erfarenheter och synpunkter hela nämndarbetet till godo.

Totala antalet hos nämnden anställda inklusive vårdpersonalen utgör drygt 300 personer och antalet tjänstemän på nämndens centrala kansli uppgår till 40. Arbetsuppgifterna är fördelade på fem avdelningar.

Kamerala avdelningen

handlägger samtliga kameralt betonade uppgifter varvid stor vikt lagts vid utrednings-, organisations- och utvecklingsarbete. Genom rationalisering har den socialvårdande personalen i stor utsträckning kunnat avlastas det rena kontorsarbetet. Varje assistent som så önskar erhåller diktafon och biträde med sitt skrivarbete genom skrivcentral och i övrigt står en rad kontorstekniska hjälpmedel till förfogande. Statistikarbetet har vad det gäller såväl intern som extern statistik i mycket hög grad underlättats genom utnyttjande av hålkort. Det nya socialregistret arbetar som första socialregister i landet delvis med hålkort. Den hålkortsmässiga bearbetningen har som resultat bland annat givit bättre service beträffande statistik, avräkning och redovisning till lägre kostnad än tidigare och väsentligt snabbare.

Den öppna verksamheten

som samordnas av en socialinspektör, är fördelad på 7 distriktsassistenter.

Genom den nya socialhjälpslagen har arbetsuppgifterna vidgats. En aktiv, individuell och förebyggande hjälp ställer helt andra krav på både tid, resurser och kunskaper. Mot den bakgrunden får man se bland annat kontorsrationaliseringen och postgiroutbetalningarna av vissa understöd liksom också den interna studieverksamhet som bedrivits av nämnden sedan två och ett halvt år

Fig. 1.

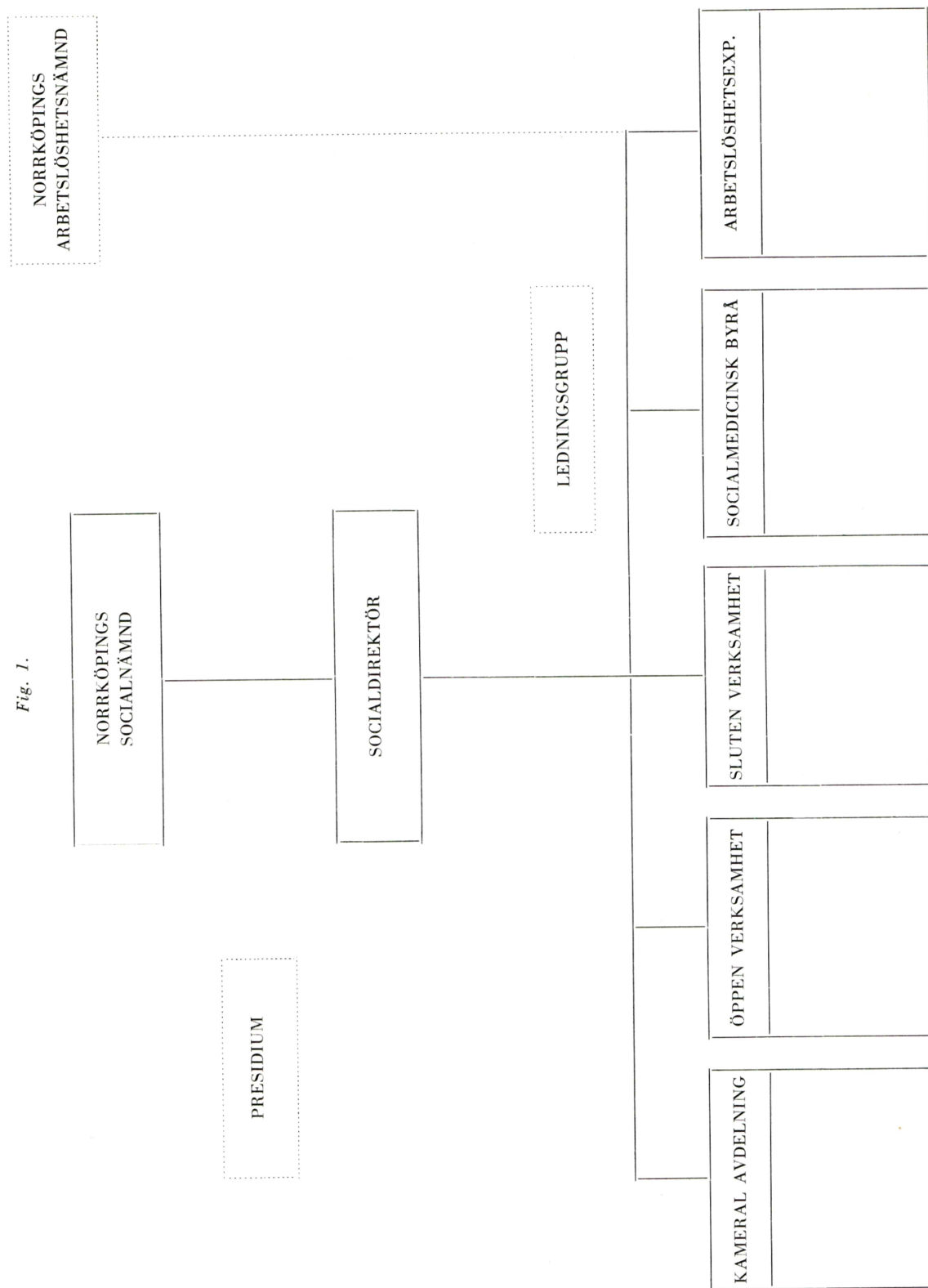
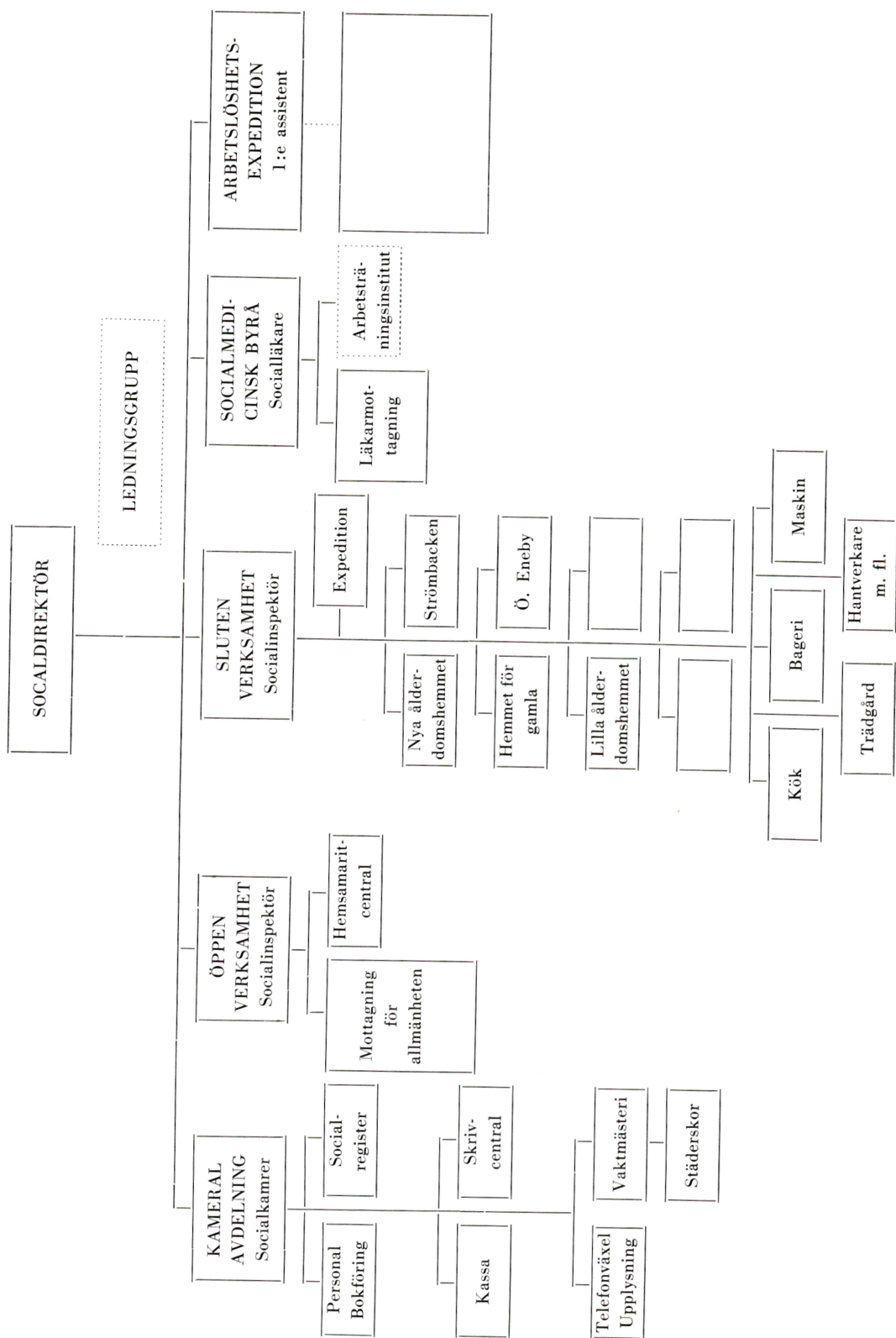


Fig. 2.



tillbaka. Målsättningen har främst varit att ge den socialvårdande personalen mera tid för var och en hjälpsökande. Detta har också lyckats. Trots ökat antal hjälpärenden har besöksfrekvensen minskat avsevärt de båda senaste åren utan att kontrollen eftersatts. Assistentpersonalen ägnar nu i genomsnitt varje besök en tid av en halv timma och de mera tidskrävande utredningarna förlägges ofta efter överenskommelse till icke expeditionstid. Lördagarna, som är expeditionsfria, ägnas företrädesvis åt hembesök.

Under den öppna verksamheten och dess inspektör sorterar också den s. k. hemsamaritcentralen, vars huvuduppgift är att meddela hemvård åt åldringar, klena och lindrigt sjuka. Den direkta ledningen av verksamheten är anförtrödd en väl kvalificerad föreståndarinna med biträdande föreståndarinna, vilka har goda möjligheter att genom socialmedicinska byrån erhålla erforderlig medicinsk rådgivning. Antalet hemsamariter uppgår till 110. Ytterligare 50 är under utbildning. För närvarande vårdas genom centralen 375 personer i sina bostäder och det totala antalet arbetstimmar beräknas i år uppgå till 80.000. Verksamheten kompletterar på ett utomordentligt sätt såväl den slutna åldringsvården som hemsjukvården, vilken ombesörjes av distriktsläkare och övriga praktiserande läkare med hjälp av stadssjuksköterskor.

Den slutna verksamheten

kännetecknas främst av en ovanligt ogynnsam åldersutveckling. Antalet personer över 65 år i Norrköping beräknas stiga med 55 % under åren 1955—1980. Trots utbyggd hemvård och ett betydande tillskott av pensionärslägenheter är de 413 ålderdomshemsplatser, som socialnämnden förfogar över, otillräckliga. Nämnden har för närvarande fem ålderdomshem och utreder möjligheterna att bygga ytterligare ett med 150 vårdplatser. Tack vare ett mycket gott samarbete med stadens geriatriiska sjukhus behöver man inte annat än rent undantagsvis vårda varaktigt sängliggande på ålderdomshemmen. Till bilden hör också en väl utbyggd terapiverksamhet och möjlig-

heter till sjukgymnastik på samtliga ålderdomshem.

Av socialnämndens fem ålderdomshem bedöms fyra vara ungefär likvärdiga i vårdhänseende även om det finns vissa skillnader mellan dem ifråga om modernitet och bekvämlighet. Någon väsentlig differentiering av klientelet på dessa hem sker emellertid icke. Det femte hemmet, som för närvarande är under ombyggnad och modernisering, är däremot avsett för det mera svårskötta åldringsklientel, som ännu icke är så avancerat att sjukhusvård, somatisk eller psykiatrisk, är indicerad, men som dock ställer större krav på vårdmöjligheter, personella resurser och dylikt.

Efter ansökan sker intagning på ålderdomshem genom en delegation bestående av socialnämndens ordförande, socialdirektören och socialläkaren. Social och medicinsk undersökning sker av samtliga sökande varefter delegationen diskuterar de problem som uppstå, t. ex. turordning, placering på visst hem eller behovet av eget rum. Om sökande ej genast kan beredas plats undersöks möjligheterna för vård i hemmet, hemsamarit erbjuds om så är nödvändigt, kontakt etableras med den öppna sjukvårdens organ. Om väntetiden blir lång, vilket på grund av platsbrist tyvärr kan bli fallet, försöker delegationen genom fortlöpande kontakt med den sökande hålla sig underrättad om läget. Vid eventuell försämring måste t. ex. turordningen ändras, det kan bli fråga om sjukhusvård eller annan åtgärd.

Den medicinska verksamheten på samtliga ålderdomshem ombesörjes för närvarande av socialläkaren. Arrangemanget tillåter en allsidig och kontinuerlig medicinsk kontroll av såväl in- trädessökande som intagna och medger differentiering både före intagningen och under vårdtiden. Läkibesök sker varje vecka å samtliga hem oftare vid behov. Hälso- och hygienkontroll verkställes genom regelbundna ronder på avdelningarna. Regelbunden läkarmottagning hålles samtidigt för de klienter, som är i behov av sjukvård. I viss utsträckning meddelas även sjukvård på ålderdomshemmen, men man försöker begränsa denna till att omfatta endast sådana sjukdomstillstånd, som kan skötas med hemmens normal-

resurser, d. v. s. sådana sjukdomar som normalt kan skötas i hem utan hjälp av sjukvårdspersonal. Om mer kvalificerad sjukvård blir nödvändig eller om den sjuke beräknas bli sängliggande längre tid utfärdas remiss till någon av lasarettets specialavdelningar, i regel geriatriiska sjukhuset. Genom ett synnerligen smidigt samarbete mellan socialnämndens och sjukvårdsstyrelsens institutioner kan inom mycket kort tidsrymd klienterna beredas lämplig vård och även överflyttas från den ena vårdformen till den andra i den mån förändringar i deras tillstånd så motiverar. Givetvis har en klient, som på grund av sjukdom tillfälligt överflyttas till sjukhusvård, sin plats kvar på ålderdomshemmet och återvänder dit så snart tillståndet medgiver.

Arbetslöshetsverksamheten

har bland annat till följd av textilkrisen varit betydande. För dagen är c:a 700 personer anmälda arbetslösa i Norrköping och trots en mycket betydande arbetslöshetsförebyggande verksamhet uppbär c:a 150 personer kontant arbetslöshets hjälp genom arbetslöshetsnämnden. Förutom statliga och kommunala beredskapsarbeten och relativt god tillgång på platser till utbildnings- och omskolningskurser har staden genom en speciell arbetsvårdskommitté alltsedan november 1957 regelbundet kunnat sysselsätta 50 årsarbetare. C:a 150 man per år har på detta sätt kunnat arbetsprövas, tränas och sysselsättas i nära samarbete med arbetsförmedlingens arbetsvårdsavdelning och den socialmedicinska byrån.

Socialmedicinska byrån

Personalstyrka: socialläkare, kurator, laboratorieköterska och läkarskrivbiträde. Den tekniska utrustningen motsvarar ungefär behovet på en ordinär invärtes medicinsk öppen mottagning. Mera kvalificerade tekniska undersökningar remitteras till lasarettets kliniska respektive bakteriologiska laboratorium, röntgenklinik etc.

Socialmedicinska byråns laboratorium svarar även för laboratorieservice åt ett av ålderdomshemmen.

Socialmedicinska byrån fungerar som en medicinsk utrednings-, behandlings- och rehabiliteringsavdelning i ständigt och intimt samarbete dels med de medicinska specialister, dels med de sociala specialister och institutioner, som i varje enskilt fall är motiverad. Till byrån remitteras patienterna huvudsakligen från socialnämndens öppna vård, från arbetslöshetsnämnden och från arbetsförmedlingens arbetsvårdsavdelning. En del remisser kommer även från kuratorer på sjukhus och i öppen vård, från lasarettsläkare, tjänsteläkare, praktiserande läkare. En del nykterhetsvårdsfall handlägges på socialmedicinska byrån efter remiss från socialnämnden.

Av praktiska skäl passerar så gott som alla klienter först vederbörande socialassistent för social och ekonomisk utredning varefter inspektören för den öppna vården utfärdar remiss med uppgift om social frågeställning, förmåner och dylikt.

Socialläkaren granskar inkommande remisser. Akuta fall mottages omedelbart. Utredningsfall passerar först kurator, som tar upp socialanamnes, begär sjukhusjournaler, utlåtanden och dylikt som bedöms vara av värde för utredningen och som bör finnas tillgängliga redan vid patientens första besök hos läkaren.

Vid läkarundersökningen kompletteras utredningen med medicinsk anamnes och undersökning på vanligt sätt. Remisser till specialundersökningar, behandlingar och specialistvård utfärdas i den mån så är nödvändigt. Redan från början av utredningen etableras ett intimt samarbete mellan medicinsk och social expertis för diskussion av lämpliga åtgärder för patientens medicinska och sociala rehabilitering. Dessa åtgärder är i huvudsak följande:

1. Medicinsk rehabilitering inklusive specialistvård, sjukhusvård, vård på pensionsstyrelsens sjukhus och dylikt;
2. Arbetsvårdande åtgärder i samarbete med arbetsförmedlingens arbetsvårdsavdelning. Omplacering till lämpligt arbete, omskolning eller yrkesutbildning;

3. Arbetsträning vid arbetsträningsinstitutet eller i arbete, som bedrivs av drätselkammarens arbetsvårdskommitté. I det förra fallet blir det fråga om inomhusarbete, i det senare om beredskapsarbete utomhus i form av rensnings- och röjningsarbete. Den arbetstränande verksamheten hämmas i viss mån av att en del av klienterna måste behållas längre tid än nödvändigt då de ej kan placeras på arbetsmarknaden och att det för närvarande ej finns någon form av skyddad verksamhet som kan taga emot dem. Behovet av skyddad verksamhet är mycket stort, framför allt för kvinnligt klientel;

4. Sjukbidrag eller invalidpension.

Arbetsträningsinstitutet

har egen huvudman, arbetsvårdsnämnden, men samarbetar intimt med socialnämnden bland annat genom socialmedicinska byrån.

Det är för närvarande organiserat på fyra avdelningar; monteringsavdelning, snickeri, metallavdelning och ett litet bokbinderi. Personalen består av föreståndare och tre arbetsledare.

Socialläkaren är jämlikt sin instruktion även läkare vid arbetsträningsinstitutet. Han undersöker samtliga klienter innan de börjar och besöker institutet minst en gång per vecka. Med föreståndare och arbetsledare diskuteras då klienternas arbetsplacering, arbetstid, resultat, den fortsatta planeringen och utvecklingen av deras arbetsträning.

För att få så allsidig uppfattning som möjligt om klienternas allmänna kondition och framtidsmöjligheter sköter socialläkaren även deras sjukvård under den tid arbetsträningen pågår, givetvis i den mån specialistvård icke är indicerad.

Huvudparten av klientelet remitteras från arbetsförmedlingens arbetsvårdsavdelning och från socialnämnden. Samtliga klienter undersöks först på socialmedicinska byrån varefter placering på institutet sker genom en delegation bestående av 1:e assistenten på arbetsvårdsavdelningen, institutets föreståndare och socialläkaren. Intagningskonferenser hållas i regel två gånger

per månad eller oftare om så är nödvändigt. Vid dessa konferenser deltar även institutets samtliga arbetsledare och socialmedicinska byråns kurator. Vid konferenserna diskuteras in- och utskrivningsfrågor, de erfarenheter som vunnits om klienternas arbetsresultat, planer för deras vidare arbete och dylikt.

Efter arbetsträning kan klienterna antingen direkt eller genom arbetsvårdsavdelningens medverkan beredas arbete i den öppna marknaden. I andra fall visar det sig nödvändigt med omskolning eller yrkesutbildning i första hand och sådan ordnas då genom arbetsvårdsavdelningen. Ytterligare en grupp visar sig vara i behov av skyddad verksamhet. Ett mindre antal klienter kan genom institutets förmedling erhålla viss skyddad verksamhet i form av hemarbete.

För diskussion av de samordningsproblem som kan uppstå genom att den medicinska och den sociala vården organisatoriskt är underställd skilda huvudmän, har inrättats ett samarbetsorgan bestående av förste stadsläkaren, överläkaren på geriatrika sjukhuset och socialläkaren. Vårdproblemen kan här skärskådas och utredas för att sedan framläggas för vederbörande huvudmän i den mån de icke på annat sätt kan lösas.

Huvuddelen av den redovisade organisationen genomfördes den 1 januari 1958. Omläggningen innebär inte någon utökning av personalen och de ökade personalkostnaderna beräknades inte överstiga 6.000:— kronor per år. Trots en väsentligt intensifierad förebyggande verksamhet och ett ökat antal hjälpta personer har kostnaderna för den öppna socialhjälpens kunnat hållas relativt konstant de senaste tre åren, vilket om man tar hänsyn till penningvärdesförsämringen i realiteten innebär något reducerade kostnader. Bland annat tack vare den socialmedicinska byråns ökade resurser och ett vidgat samarbete har den genomsnittliga hjälptiden, statistiskt redovisad i medeltal hjälpmånader, likaledes kunnat reduceras. Den genomförda organisationen synes ha goda förutsättningar att bli ett effektivt instrument för en tidsenligt och väl avvägd socialhjälp.