

Utvecklingen inom socialtjänsten – reflektioner från en socialarbetare från ”golvet”

Ann-Marie Strömberg

Socionom. Yrkesverksam sedan examen 1974,
har huvudsakligen arbetat med vuxna missbrukare.
E-post: ann-marie.stromberg@stockholm.se.

Socialtjänsten har sedan 1980-alet utvecklats från att vara en aktiv part i samhällsplanering och samhällsutveckling till att bli en ”städgumma” som lappar och lagar de allt större hålen i de alltmera grovmaskiga sociala välfärdssystemen. Från att tillhandahålla nödlösningar i akuta situationer, som det var menat från början, till att hjälpa människor under mycket långa perioder, ofta för att andra system urholkats och rent av brustit. Missbruksvården har på samma sätt urholkats. Från målsättningen nykterhet/drogfrihet till att minska missbrukets skadeverkningar, från de psykosociala behandlingsprogram som ofta är en förutsättning för att uppnå och upprätthålla nykterhet/drogfrihet till en medikalisering av vården som ofta förutsätts bli livslång. Missbruksvården har liksom stora delar av socialtjänsten gått från klientfokus till stenhård budgetstyrning. Kostnaden styr vilken vård som erhålls mer än klienternas behov. Denna ekonomistyrning är också fixerad vid ”mätbara mål”, något som kan fungera inom tillverkningsindustrin, men svårtligen låter sig tillämpas beträffande människor.

The Swedish social services have undergone profound changes since the 1980's. Previously the services took an active part in social planning and development. Today they are mainly cleaning ladies and are mending holes in an increasingly wide-meshed welfare system. The social welfare services have developed from the providing of emergency solutions for acute problems to become the main agent for long-term social support when other welfare systems are failing. Also the treatment and care of drug and alcohol misusers has deteriorated. The objective to provide a drug-free life has changed into ameliorating the harm from heavy drug abuse. Comprehensive psychosocial treatment programmes have been replaced by lifelong medicalization. Focus on individual clients has been replaced with strict financial control. Reducing the cost of treatment is more important than the clients' need. The economic control system operates with measurable targets borrowed from industrial management and not applicable on human beings.

Inom sjukvården räknas ”pinnar”. Inom socialtjänsten räknas ”pluppar”. Inom socialtjänsten betyder grön ”plupp” uppnått mål, gul ”plupp” gränsfall, och röd ”plupp” icke-uppnått mål.) Systemet är hämtat från ”New Public Management (NPM)” som kräver ”mätbara” mål. Men fungerar det när det gäller människor? NPM är utformat efter tillverkningsindustrins behov. Det är lätt att mäta exempelvis biltillverkning, antal arbetsmoment, antal minuter momenten tar, antalet färdigställda bilar, hållbarhet efter att bilen lämnat det löpande bandet... Med människor är det svårare. Hur mäter man en ”lyckad” behandling, att klara nykterhet/drogfrihet ”bättre”? Att mäta tidsåtgång i behandling av människor kan bli missvisande. Både tjuvningen och svårigheten i att arbeta med människor är att människor är olika, har olika behov, behöver olika behandling och olika lång tid för behandling.

Ett exempel från verkligheten hur fel det kan bli: En ung missbrukare placerades av socialtjänsten i ett stödboende med personal ”i avvaktan på fortsatt planering”. Meningen var att personalen skulle ha tillsyn och drogkontroller göras. Detta gjordes inte. Den unge mannen hittades i sitt rum, död till följd av missbruk. Personalen hade inte tittat till honom trots upprepade samtal från modern och flickvännen som uttryckt stor oro för honom. Enligt läkarbesiktning hade han varit död i tjuugo timmar innan han hittades. Således uppenbart otillräcklig insats. Men i systemet renderade behandlingen av denne klient ”grön plupp”. Hur kunde det gå till? Jo, en

av kvalitetsindikatorerna var att klienten inte skulle återkomma inom ett år efter avslutad insats. Detta fall var ju klockrent. Insatsen avslutades i och med dödsfallet och klienten återkom ju inte inom ett år. Enkelt och mätbart! Detta exempel visar dock inte på cynism från socialtjänsten. Det visar på ett feltänk. När kvalitetsindikatorerna fastställdes förutsattes att om en klient inte återkom så betydde det att behandlingen lyckats och klienten var drogfri. Men denna kvalitetsindikator säger ingenting om resultatet av insatsen. Utöver ytterligheterna – att behandlingen lyckats och klienten är drogfri eller att det går riktigt illa och klienten är död finns det fler varianter:

- Klienten har återfallit i missbruk, men har inte sökt hjälp hos socialtjänsten eller någon annanstans och heller inte blivit anmäld
- Klienten har återfallit i missbruk, men har flyttat och är aktuell hos socialtjänsten i annan kommun
- Klienten har återfallit i missbruk, men får vård av annan vårdgivare (sjukvård, psykiatri, kriminalvård)

Nämnda kvalitetsindikator medförde också att det räknades som ”bra” att avsluta kontakten med klienter.

Om man vänder på steken, är det ett misslyckande att en klient återkommer inom ett år? Det talas ibland om vikten av tidiga insatser. Något som socialtjänsten nu svårigen hinner med då bantningen av socialtjänstens missbruksvård gjort att tid och pengar ofta endast räcker till akutinsatser och

till en ofta otillräcklig öppenvård. Om socialtjänsten får god kontakt med en klient och vinner dennes förtroende så att klienten vid återfall i missbruk söker hjälp på ett tidigt stadium, borde inte det räknas som bra?

När jag började som socialarbetare på 1970-talet var tongångarna andra. Då diskuterade vi klienternas behov, hur vi bäst kunde hjälpa klienterna. Jag har inget minne att vi diskuterade kostnader och budgethållning. Om socialtjänsten "hade råd" att ge en viss behandling. Däremot gällde det att inför chefen och ibland inför socialnämnden kunna motivera varför man tyckte att en viss insats var bra för klienten. Det var ett helt annat klientfokus än idag.

Får missbruksvårdens klienter idag vård och behandling? Jag vill inte sträcka mig så långt så att jag säger att de blir utan behandling, men de får definitivt inte den behandling de behöver. Ofta får de behandling, för sent, på för låg nivå och under för korta perioder. I den mån behandlingshem beviljas är det ibland under så korta perioder att det endast räcker till avgiftning och i bästa fall återhämtande av den fysiska hälsan. Däremot är behandlingstiderna ofta för korta för att kunna hjälpa klienterna till att kunna hantera sitt missbruk så att de uppnår en varaktig nykterhet/drogfrihet. Behandlingshem har lagts ned på löpande band. Tyvärr inte för att de inte behövs eller för att de gör ett dåligt arbete, utan för att socialtjänstens budget inte räcker till mer än öppenvård. Vi ser samma effekter inom äldreomsorgen där beviljat bistånd skall ges på exakt uträknat an-

tal minuter, ofta också orealistiskt få minuter. När det gäller äldreboende beviljas sådant först när den öppna hemtjänstens möjligheter prövats och befunnits otillräckliga. Detta gäller även hemlösa klienter. Hur prövar man då hemtjänst för en hemlös? En hemtjänstpatrull till parkbänk nr sju? På samma sätt skall missbrukare först pröva öppenvård, även när de är mycket nedgångna och socialt utslagna. Hur klarar man öppenvårdsbehandling när man befinner sig i ett aktivt heroinmissbruk, bor i ett boende med drogtolerans och är upptagen med att genom kriminalitet finansiera sitt missbruk?

Vi märker också att medikaliseringen gått mycket långt. Det går så långt som att det sägs att den enda behandling som finns är medicin. Ursäkta, men de psykosociala behandlingsmetoderna då? Tolvstegsbehandling? KBT-behandling? Miljöterapi? För min personliga del efter mer än 40 år som socialarbetare på "fotfolksnivå" anser jag att medicin förvisso kan vara en del i behandling, till exempel antabus för alkoholmissbrukare eller underhållsbehandling för narkotikamissbrukare, men att det inte räcker med det. Den medicinska behandlingen måste kombineras med psykosociala åtgärder och ett ordnat socialt liv. I synnerhet gäller detta de mest nedgångna och utslagna missbrukarna.

Ett problem i sammanhanget är att sjukvårdens och socialtjänstens pengatilldelning beräknas utifrån olika grunder. Om socialtjänsten får fler klienter får de inte mer pengar, utan fler måste dela på samma kaka. Sjukvården har ett ekonomiskt intresse av

att behålla patienterna som patienter, medan socialtjänsten har ett ekonomiskt intresse av att avsluta kontakterna med klienterna, så fort som möjligt och till så liten kostnad som möjligt. Det går inte att bortse ifrån misstanken att ekonomiska intressen från både sjukvårdens och från läkemedelsföretagens sida har bidragit till det oerhörda fokus på underhållsbehandling som idag dominerar missbruksvården.

Resultatet blir att många klienter blir kvar i underhållsbehandling vare sig den fungerar eller inte. Det sägs ibland att man inte skall ta ifrån patienter deras ”medicin” för att de missköter sig. Jag ser det inte riktigt på det sättet. Om en ”medicin” inte fungerar för en patient (läs omfattande och destruktivt sidomissbruk, fortsatt missbruk av det preparat som behandlingen skulle medföra undveks, metadon till amfetaminmissbrukare...) så bör enligt min mening en ansvarsfull läkare ta upp en diskussion med patienten om annan behandling. För sådan finns. Kanske inte annan ”medicin”, men det finns drogfria behandlingar. Ännu så länge. Det behövs också annan och bättre utvärdering av alla behandlingsmetoder inom missbruksvården. Såväl medicinsk som psykosocial behandling borde väl i alla fall ha som målsättning att patienten/klienten skall få en bättre livssituation, kunna klara drogfriheten, vid underhållsbehandling klara sig utan sidomissbruk, kunna må bättre fysiskt och psykiskt, få en bättre social situation? Eller?

Jag är bekymrad för mina unga kollegor. De går igenom socialhögskolan

liksom jag en gång, besjälade av en önskan att hjälpa människor att arbeta med människor, men de kommer ut i en verklighet där budgeten styr mera än behoven och där de blir sittande framför datorerna med otympliga dokumentationssystem, där arbetsplaner och kontrollsystem betyder mer än att klienterna får hjälp till ett bättre liv. Samstämmiga vittnesmål från socialsekreterare vittnar om hur administration tar alltmer av arbetstiden i anspråk, tid som tas från tiden med klienterna.

Var allt då bättre förr? Nej, ärligt talat finns det saker som blivit bättre. Barnperspektivet är bättre. Det är mera ordning i journalerna. Beträffande möjligheterna till boende för hemlösa missbrukare är utbudet av boenden i olika former nu bättre och regelverket är inte så ”fyrkantigt” som det var förr. Men tyvärr har ekonomistyrning tagit över så att budgethållning är överordnad klienternas behov.

Bra resultat för socialtjänsten är inte att budgeten går ihop! Bra resultat är att socialtjänsten lyckas hjälpa sina klienter till ett bättre liv! Och att de resurser som finns används på bästa sätt!

Prenumerera på smt

SMT erbjuder möjligheten att prenumerera på den tryckta upplagan av tidskriften som utkommer 6 gånger per år och skickas direkt till dig per post. Intäkterna från samtliga prenumerationer används för att täcka kostnaderna för det redaktionella arbetet med bland annat skapande och utgivning av nya temanummer.

Prenumerationerna löper per helår med start från årsskiftet och priserna är:

Helår inom Sverige	600 kr (SEK)
Helår student/doktorand inom Sverige	395 kr (SEK)
Helår inom Europa	750 kr (SEK)
Helår sjukhus/företag/bibliotek	900 kr (SEK)
Helår myndigheter/universitetsbibliotek/landsting/kommuner	1 500 kr (SEK)
Medlemmar i SSF	540 kr (SEK)

Önskar du prenumerera på den tryckta tidskriften – kontakta Redaktionen (redaktionen@socialmedicinsktidskrift.se) och uppgi följande i e-postmeddelandet:

- Vilken typ av prenumeration som önskas
- Prenumerantens namn
- Leverans- och fakturaadress
- E-postadress