

Sjukvården och de arbetshandikappade

Sune Nyström

Sjukvårdens intresse för de arbetshandikappade kan härledas ur framförallt två källor.

För det första innebär meningsfull aktivitet något positivt för individen. För det andra har individen det kravet på sig från samhällets sida att han i princip skall försörja sig själv. Det är därför angeläget att individen efter genomgången sjukdom uppnår en sådan arbetsförmåga att kravet på egenförsörjning kan uppfyllas.

En beskrivning av sjukdomen och dess funktionsnedsättande effekt för just den aktuella patienten kan självfallet bäst och i många fall endast göras från sjukvårdens sida.

Docent Sune Nyström är klinisk lärare i socialmedicin vid Göteborgs universitet och bitr överläkare vid socialmedicinska kliniken, Sahlgrenska sjukhuset.

Varför engagemang från sjukvården?

Sjukvårdens intresse för de arbetshandikappade kan härledas ur framförallt två källor. För det första innebär meningsfull aktivitet något positivt för individen. Det är viktigt för den sjuka såväl som för den friska individen att hans resurser utnyttjas, och hälsotillståndet förbättras i regel snabbare och mera fullständigt hos de patienter som efter en sjukdoms akuta skede kan återuppta eller påbörja arbete i någon grad och i någon form.

För det andra har individen det kravet på sig från samhällets sida att han i princip skall försörja sig själv. Det är därför angeläget att individen efter genomgången sjukdom uppnår en sådan arbetsförmåga att kravet på egenförsörjning kan uppfyllas. För personer med nedsatt arbetsförmåga till följd av sjukdom och därmed jämförbart tillstånd spelar handikappets art och grad en avgörande roll. En beskrivning av sjukdomen och dess funktionsnedsättande effekt för just den aktuella patienten kan självfallet bäst och i många fall endast göras från sjukvårdens sida.

Det är angeläget att arbetsrehabilitering kommer igång så snart tillståndet så medger; detta innebär ej att individen behöver vara kliniskt frisk när rehabiliteringen börjar. En tidig debut uppnås säkrast om initiativet utgår från sjukvården. Men utstötningssmekanismerna från arbetslivet kan också fungera på det sättet att behovet av rehabilitering först uppmärksammas inom andra vårdsektorer och behovet av medicinsk medverkan initieras därifrån. Varifrån incitamentet än kommer, behöver sjukvården en samarbetspartner som känner till arbetslivet och de krav som olika yrken och arbetsplatser ställer på

.....
Hälsotillståndet förbättras i regel snabbare och mera fullständigt hos de patienter som efter en sjukdoms akuta skede kan återuppta arbete i någon form.
.....

.....
På senare tid har målet för läkarutbildningen ansetts vara en "medicinsk och social helhetssyn på människan och hennes situation", vilket otvivelaktigt inkluderar rehabiliteringsaspekten.
.....

individen. Vidare behöver man känna till eller finna formerna för att föra dialogen på ett sådant sätt att målet nås.

Att sjukvården måste aktivt engagera sig för de handikappades möjligheter att återgå till arbetet kan numera synas självklart, men så har ingalunda alltid varit fallet. T o m i våra dagar kan man få höra den meningen uttryckas att sjukvården skall begränsa sina insatser till det rent sjukvårdande arbetet.

Såsom ett delfenomen i den allmänna bristen på diskussion om sjukvårdens målsättning har vi också ont om deklARATIONER från policyskapande instanser rörande önskvärdheten av engagemang från sjukvårdens sida inom socialmedicinsk rehabilitering. Vi ligger i detta hänseende efter bla krigshärjade länder, där det stora antalet handikappade bland männen i produktiv ålder tvingat fram ett krav på engagemang från sjukvårdens sida (jfr Balme 1953). Några undantag finns dock även i vårt land. Ett sådant finns i Socialstyrelsens remisshandling rörande den psykiatriska vårdens utformning (Socialstyrelsen 1973). Här utsågs att den psykiatriska verksamheten skall eftersträva produktivitet, förutom elementärt välbefinnande och individuell självförverkligande.

En förutsättning för att ett engagemang av detta slag skall kunna fullföljas, är att utbildningen av vårdpersonal innefattar socialmedicinsk rehabilitering. Tidigare har endast ämnet socialmedicin haft en sådan inriktning bland undervisningsämnen inom läkarutbildningen. På senare tid har emellertid målet för hela läkarutbildningen ansetts vara en "medicinsk och social helhetssyn på människan och hennes situation" (Universitet- och högskoleämbetet 1977), vilket otvivelaktigt inkluderar rehabiliteringsaspekten.

Att allmänheten i stor utsträckning är beredd att acceptera ett engagemang från sjukvårdens sida

inom detta område framgår också av en nyligen genomförd enkätundersökning på ett representativt urval av befolkningen inom ett förvaltningsområde (Nyström och medarbetare 1978). En dryg tredjedel av de tillfrågade anser att det är mycket viktigt i allmänhet att vid behov få sociala problem (familj, arbete, ekonomi) beaktade inom sjukvården och nästan lika många anser att det är mycket viktigt i allmänhet att läkare vid behov hjälper patienten diskutera med arbetsförmedlingen. Endast en liten andel ansåg att dessa åtgärder inte var viktiga.

Den handikappade och arbetet

För den enskilde innebär det en stor belastning att känna att han inte kan klara sitt jobb på samma sätt som förut. Även om det skulle vara bra för patienten att börja arbeta relativt tidigt efter genomgången sjukdom, är det många patienter som drar sig för att göra så, beroende på att de känner ett krav från arbetsgivarens eller lagkamraternas sida att redan från början göra en 100 %-ig arbetsinsats.

Här upplever man inom sjukvården ofta en konflikt, man vill gärna stimulera patienten att komma igång men är också medveten om att man inte kan negligera patientens upplevelse av situationen på arbetet. Vi måste också vara medvetna om att patientens inställning till en del kan ha reell bakgrund. I någon mån kan väl medarbetskamraternas inställning bli mindre negativ när lagackord försvinner. Kanske kan också arbetsgivarens hållning komma att ändras genom den betoning av hans sociala ansvar som görs i dagens debatt. Svårigheterna hänger dock också ihop med faktorer hos patienten, i första hand då hans krav på sig själv. Det kan vara svårt att sänka dessa krav.

Det senare är inte minst fallet vid mera bestående nedsättning i arbetsförmågan. Här kan det vara utomordentligt svårt för patienten att acceptera drastiska förändringar i status och anställningsförhållanden. Det är väsentligt att man, då belastningen på patienten behöver minskas, i första hand väljer att göra kvantitativa minskningar och inte kvalitativa (jfr Nyström 1979). Detta innebär t ex att vi förordar en minskning av arbetstiden till t ex hälften och bibehåller arbetsuppgifternas karaktär och anställningsformer, framför att patienten får ett

Det är väsentligt att man, då belastningen på patienten behöver minskas, i första hand väljer att göra kvantitativa minskningar och inte kvalitativa.

mindre kvalificerat och därigenom mindre stimulerande arbete på heltid. Följande fallbeskrivning illustrerar vikten av att denna princip följs.

Fall 1

Patienten är en drygt 40-årig man med synförsämring till följd av degenerativa förändring av okänd orsak sedan mer än två decennier, framförallt under senare år. Synskärpan såväl utan som med korrektion är 0,1 på båda ögonen. Patienten genomgick en anpassningskurs för synskadade, och därvid gjordes flera försök att arbetsplacera honom. Man lyckades dock ej. Patienten fick så småningom själv ett arbete på ett varuhus. Att läsa texten på vissa prislappar utgjorde en betydande belastning, varför han endast orkade med halvtid. Han önskade därför att få halv pension.

Försäkringskassan motsatte sig detta och ville, att han skulle ha ett enklare arbete, där han kunde arbeta heltid. Från arbetsförmedlingens sida hävdades, att detta i så fall fick bli rent blindarbete. Vid den socialmedicinska genomgången stod det klart, att patienten var synnerligen nöjd med det arbete han hade fått, och att det var psykologiskt omöjligt för honom att acceptera ett arbete av den typ som högregradigt synskadade måste ta. Pensionsdelegationens beslut överklagades av patienten och under den fortsatta handläggningen blev resultatet att patienten fick gå vidare med det arbete han redan hade.

Det är väsentligt att vi inom sjukvården är medvetna om den psykologiska situation som här skisserats och som man ej sällan stöter på inom rehabiliteringssammanhang. Oavsett om patientens inställning mera är att hänföra till hans personlighet eller till hans sociala attityder och normer, finns det anledning beakta den, inte minst dess konsekvenser på längre sikt.

Att följa patienten aktivt

I en del fall är det tämligen enkelt att bedöma vilka konsekvenser ett visst handikapp har på arbetsförmågan. Så tex bör patienten med allergiska handeksem självfallet undvika dels de allergiskapande faktorerna, dels smutsiga jobb

som fordrar att händerna rengörs ofta. Men i många fall är handikappet mindre entydigt definierat och personlighetsmässiga och sociala faktorer inverkar på ett avgörande sätt på rehabiliteringsförloppet.

I dessa fall kan man komma en bit genom att anlita sakkunskap från olika områden, men den drivande kraften på vårdgivarsidan måste vara i stånd att tolka och integrera informationen om de olika aspekterna på patienten och hans situation. Det går heller inte att avsluta den utredande delen av arbetet med en rekommendation till åtgärder och sedan lita på att det uppgjorda programmet utan vidare fungerar. Det är i stället nödvändigt att själv följa patienten hela tiden och ständigt vara beredd till omprövningar, för att det socialmedicinska rehabiliteringsarbetet skall kunna föras i hamn. Följande fall utgör ett exempel härpå.

Fall 2

Patienten är en drygt 40-årig man, aktuell på en medicinpoliklinik. Patienten har inte kunnat utföra något arbete på tre år, till följd av värk i rygg, armar samt ben utan sådant kliniskt underlag som kan förklara besvären.

Patienten arbetade i skogen från 12 år, medan han alltså gick i skolan. Under skogsarbete skadade patienten vid 18 år ryggen, skall ha fått läkarbesked om skada på 4:e ländkotan. Dessa besvär gick tillbaka, men patienten ådrog sig en del nya mindre skador på ryggen närmaste tre åren. Vid 28 år ånyo ryggvärk. Röntgen ländrygg intet påtagligt, men diskometri visade bakre ruptur i skivan mellan 3:e och 4:e ländkotan. Kortvåg och massage gav efterhand effekt och patienten arbetade sedan ut i flera år.

Den aktuella värken startade i höger fot, utbredde sig sedan till höger ben och till höften; från vänster fot uppefter hela benet, vidare från händerna upp efter armarna, speciellt i höger axel. Det är musklerna som värker. Ortopedisk och internmedicinsk utredning gav inga positiva fynd, medi-

Den drivande kraften på vårdgivarsidan måste vara i stånd att tolka och integrera informationen om de olika aspekterna på patienten och hans situation.

ciner och fysikalisk behandling utan effekt. Psykiskt befanns patienten irriterad, omständlig, detaljrik, "ovanlig personlighet". Patienten hade på senare tid påbörjat fastighetsskötartutbildning men hade måst avbryta denna på grund av sina besvär.

För denna patients del var det för det första särskilt viktigt att under handläggningen vid Socialmedicinska kliniken försörjningen under rehabiliteringsperioden kunde tryggas genom försäkringskassan, ty han var i konflikt med socialbyrån. Eftersom de objektiva fynden från ryggen och annorstädes var få, skulle det utan tvivel ha inneburit svårigheter att för försäkringskassan klargöra att medicinska skäl till arbetsförmåga förelåg, om ej kassan varit inbegripen i ett integrativt samarbete med den behandlande enheten inom sjukvården.

Vad gäller val av arbete för framtiden möter det inga svårigheter att konstatera att arbetet måste vara fysiskt föga betungande för att patienten skall klara det trots sin svåra värk. Men därjämte är det nödvändigt med hänsyn till patientens personlighet som präglas av viljestyrka och behov av att bli respektfullt bemött, att få ett arbete som ligger i linje med hans intresseinriktning och som han alltså helhjärtat kan acceptera. Att få fram ett förslag till sådant arbete och finna vägar att realisera praktikanställning och sedermera fast anställning krävde ett nära samarbete med arbetsförmedlingen där planen kunde göras upp och genomföras endast genom fortlöpande diskussioner mellan sjukvårdens företrädare och andra berörda vårdgivare.

Det är en erfarenhet att just behovet av kontinuerlig kontakt under hela rehabiliteringsförloppet har svårt att bli tillgodosett av vårdapparaten. Om patienten under en motivationssvacka uteblir från arbetsvården, brukar han bli avskriven där utan att man anstränger sig för att få kontakt med honom. Detsamma gäller uteblivande från AMU-kurser och det kan också dröja månader innan besked går därifrån till arbetsvården om att eleven skilts från undervisningen. Om patienten under en fas av rehabiliteringen ej är sjukskriven, förlorar försäkringskassan intresset för patienten.

Sjukvården synes innebära en möjlighet för patienten att erhålla det kontinuerliga stöd som mycket ofta behövs. I den mån man på den enhet där pati-

.....
Sjukvården synes innebära en möjlighet för patienten att erhålla det kontinuerliga stöd som mycket ofta behövs.
.....

enten har sin sjukvårdskontakt, har tillgång till socialarbetare med inriktning mot socialmedicinskt rehabiliteringsarbete, kan just denna vårdgivare vara den kontinuitetsbevarande faktorn.

Makten över patienten

Sjukvårdens engagemang i socialmedicinsk rehabilitering innebär en allsidig beskrivning av patienten med hänsyn till hälsotillstånd, personlighet och attityder/värderingar, samt en medverkan i rehabiliteringsprocessen med detta material. Men olika värderingar inom de olika behandlade instanserna kan försvåra rehabiliteringsarbetet. Fall 1 ovan är ett exempel på detta.

Ännu ett exempel skall ges, där en aktionsplan uppgjord inom sjukvården i samråd med patienten stött på motstånd.

Fall 3

Patienten är en drygt 50-årig man, som opererats för en vävnadstumör i vänster öra. Redan före operationen hade han besvärats av yrsel, och denna ökade efteråt. Yrseln uppträdde väsentligen i anfallsform och detta någon gång i månaden. Anfallen utvecklade sig successivt, vilket möjliggjorde för patienten att sätta sig i säkerhet när besvären kom. Illamående och kräkningar beledsagade anfallen. Enligt behandlande läkaren borde patienten ej arbeta på höjder men hinder för motsvarande arbete på marken fanns ej.

Patienten hade varit anställd i 16 år vid sitt företag. Han arbetade som rörläggare, oftast på byggnadsställningar ovan marken.

Behandlande läkaren hade vid upprepade tillfällen talat med personalavdelningen på företaget om omplacering, men man hade där inte varit villig att medverka till att patienten skulle få ett annat arbete inom företaget utan hänvisat honom till länsarbetsnämnden. Här accepterade man till en början företagets bedömning och patienten placerades i beredskapsarbete. Men patienten vidhöll att det fanns markbaserade arbeten på företaget, vilka han skulle kunna klara.

Vid socialmedicinsk genomgång på arbetsförmedlingen föreslogs bl a arbetsplatsbesök. Vid detta framkom att patientens bedömning var riktig, det fanns där

arbeten som var lämpliga för honom. Arbetsförmedlingen var nu inte lägre villig att medverka till arbetsbyte utan betalade i stället en mycket kort kompletterande utbildning som behövdes för att patienten skulle kunna sysselsättas på sin arbetsplats även i fortsättningen.

I detta fall hade man från sjukvårdens sida på ett tidigt stadium tagit ställning till vilken förändring i patientens arbetssituation som behövdes för att han skulle kunna gå i fullt arbete i fria marknaden (helst egna företaget) även i fortsättningen. Arbetsgivarens motinställning hade dock hindrat denna plan. Försäkringskassan accepterade det hinder som arbetsgivaren anförde, och det gjorde till en början även arbetsförmedlingen. Fallet visar att det inte räcker att vi från sjukvårdens sida gör en korrekt bedömning av patientens resurser utan vi måste även känna vägarna att mobilisera sådana krafter som är i stånd att genomföra den rationella lösningen.

Det är angeläget att påpeka att när vi från sjukvårdens sida engagerar oss för att bredda möjligheterna för handikappade att komma in i och kvarstanna i arbetslivet, gäller våra strävanden sådana patienter som är eller skulle kunna vara en tillgång i arbetslivet. Våra ambitioner för denna patientkategoris räkning torde motverkas genom Arbetsdomstolens utslag nyligen, där en alkoholmissbrukare inte fick skiljas från arbetet trots att han varit borta 84 % av arbetstiden, till största delen utan giltig anledning, uppträtt onykter på arbetsplatsen, vägrat medverka i behandling av missbruket och befunnits vara i alltför dåligt skick för att arbetsprövning skall kunna genomföras. Det är naturligt om arbetsgivarna efter en sådan dom blir mera restriktiva än förut med att anställa personer med handikapp i form av alkoholproblem.

Rätt arbete åt alla!

Det i och för sig förståeliga önskemålet om hög produktivitet som parterna på arbetsmarknaden hyser – företagarna med tanke på hög avkastning, de anställda med sikte på hög lön – gör att personer med nedsatt arbetsförmåga har svårt att finna och/eller behålla en plats i arbetslivet. En del av dem som inte är önskvärda på arbetsmarknaden har han-

.....
Det räcker inte att man från sjukvårdens sida gör en korrekt bedömning av patientens resurser utan man måste även känna vägarna att mobilisera sådana krafter som är i stånd att genomföra den rationella lösningen.
.....

dikapp av så allvarlig natur, att de är berättigade till hel pension.

De som inte uppfyller detta krav kan långt ifrån alltid finna en plats i arbetslivet. Då de samtidigt har trycket på sig att själva helt eller delvis klara sin försörjning, befinner de sig i en situation som i det nuvarande läget är olöslig. Det borde vara ett minimikrav att samhället garanterar arbete i en eller annan acceptabel form åt dem som har någon arbetsförmåga.

Åtskilliga personer har visserligen ett arbete, men detta arbete är inte lämpligt för dem. I vissa fall är belastningen för stor, kvantitativt eller kvalitativt, i andra fall får de ej tillfälle att fullt ut utnyttja sina kvalifikationer. Om disproportionen mellan arbetskrav och individens förmåga är sådan att den kan förutses orsaka en sjukdom hos individen i framtiden, brukar arbetsvården på sina håll träda in och hjälpa vederbörande ekonomiskt och på annat sätt att få ett nytt arbete.

Det är givet att gränsdragningen här är svår gentemot en vantrivsel som inte behöver befaras resultera i sjukdom. Likväl har vi anledning från sjukvårdens sida att se positivt på detta vidgade ansvar som arbetsvården tar på sig. Det innebär ett realiserande av ett preventivmedicinskt tänkande. Men tillämpningen av den angivna principen skulle bli mer enhetlig om den intogs bland de bestämmelser som reglerar arbetsvårdens verksamhet.

På motsvarande sätt finns bestämmelser i försäkringslagen som behöver justeras. Eftersom patienten är sjukpenningberättigad om nedsättningen i arbetsförmåga uppgår till minst 50 % (och ej till bara 49 %), är försäkringskassan i rehabiliteringssammanhang endast skyldig att medverka till att patientens arbetsinkomster blir minst 50 % av vad de var före sjukdomen. Visserligen brukar denna regel inte så ofta vålla bekymmer i arbetet, men när den nä-

Det borde vara ett minimikrav att samhället garanterar arbete i en eller annan acceptabel form åt dem som har någon arbetsförmåga.

gon gång tillämpas strikt, kan den helt spolia en behandlingsplan. En anpassning av bestämmelserna till en rimlig praxis inom rehabiliteringsarbetet synes angelägen.

Om genom ändringar av detta slag i de gällande bestämmelserna en tillämpning av det preventiva tänkandet i relationen individ/arbete kunde slå ige-

nom, skulle målsättningen inte längre formuleras som arbete åt alla utan som rätt arbete åt alla.

LITTERATUR

Balme, H. (1953): Läkarvetenskapens ansvar i ett modernt samhälle. Nord. med. 50 1183

Nyström, S. (1979): Socialmedicin 4: Anpassningen individ/miljö. Under publicering.

Nyström, S. Bygren, L. O. och Parker, M. (1978): Vilken vård väljer vi? Allmänhetens och öppenvårdspersonalens syn på hälso- och sjukvård. Manuskript. Stockholm och Göteborg

Socialstyrelsen (1973): Den psykiatriska vårdens målsättning och organisation. Stockholm

Universitets- och högskoleämbetet (1977): Utbildningsplan för läkarlinjen. Dnr 52508/76, stencil, Stockholm

**Bidrag till särskilda
anordningar på
arbetsplatsen
för handikappade**

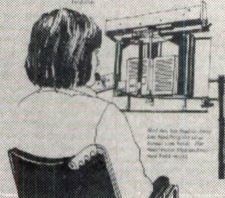
**Bidrag till
arbetsbiträde
för handikappade**

Information
till
arbetsgivare
november 1978

**Bidrag till speciella
arbetstekniska hjälpmedel
för handikappade**

Information
till
handikappade

Arbetsmarknaden för handikappade är en av de viktigaste områdena för arbetsmarknaden. Handikappade personer har rätt till arbete och ska kunna bidra till samhällets utveckling. Detta bidrag innehåller information om olika arbetsanordningar och arbetsbiträden som kan hjälpa handikappade personer att få arbete.



Många fler handikappade kan få arbete!

Handikappade kan få arbete bl a genom:

- ☐ anpassning av arbetsplatser
- ☐ tekniska hjälpmedel
- ☐ arbetsbiträden

Detta gäller numera också för handikappad ungdom i praktik, pryö och annan tillfällig anställning.

Information, expertmedverkan och bidrag kan ges på arbetsförmedlingen.

af arbets
förmedlingen