

Medicinsk diagnos – beteendemässigt handikapp

Några elaka synpunkter om remitteringen till arbetsvården

Björn Rosendahl

I statistiken över inremitteringen till arbetsvården kommer den reella orsaken till arbetsoförmågan ofta att döljas bakom en medicinsk diagnos, som kanske saknar större betydelse i sammanhanget. Ofta är det individens funktion i samhället som slår slint. Det blir det beteendemässiga handikappet, som orsakar arbetsoförmågan framhåller i nedanstående artikel Björn Rosendahl, överläkare vid Hallands läns landstings arbetsvårdsstyrelse. Han beskriver olika tänkbara orsaker till inremittering i arbetsvården. Avslutningsvis redovisas några personliga förslag på lämpliga reformer.

Genom en statistik som grundar sig på inremitteringsdiagnoser till arbetsvårdsexpeditionerna kommer den reella orsaken till arbetsoförmågan ofta att döljas bakom en medicinsk diagnos som kanske saknar större betydelse i sammanhanget. Ofta är det individens funktion i samhället som slår slint. Det blir det *beteendemässiga* handikappet som orsakar arbetsoförmågan.

Genom samhällsapparaten allt mer komplicerade konstruktion ökas kraven på individens beteendemässiga funktion. De människor som inte uppfyller dessa krav behöver då speciella behandlingsresurser vilka till stor del saknas inom såväl sjukvård som social- och kriminalvård. Arbetsvården är här längst kommen i sin strävan att tillgodose kraven på ett omhändertagande och hjälp åt dessa grupper. En alltför stor del av dessa människor saknar dock möjligheter att gå ut i arbetslivet över huvudtaget, eller eljest först efter långvarig och djupgående enskild terapi.

De människor som inte uppfyller samhällsapparaten krav behöver speciella behandlingsresurser, vilka till stor del saknas inom såväl sjukvård som social- och kriminalvård.

Då några organiserade former för sådan terapi inte finns eller är otillräcklig inom andra discipliner får arbetsvården ta ansvaret även för detta klientel där vårdbehovet är så stort att någon tanke på arbete ej kan förefalla rimlig.

Genom den utveckling som arbetsvården fått har man kunnat visa att med nu tillgängliga medel kan den lättare delen av detta klientel hjälpas till en funktion i samhället, men detta innebär inte att arbetsvården skall åtaga sig den omöjliga uppgiften att även göra den svåra delen, d. v. s. vårdklienteletets funktionsduglighet. Så har emellertid blivit fallet och arbetsvården belastas med fall av sådan svårartad natur att situationen blir omöjlig.

Arbetsvården har visat en möjlig väg, men andra discipliner måste bygga ut resurser av liknande art som är inriktade på vård och inte har de begränsade tidsramar som står till exempel arbetsvårdsinstituten till förfogande. Efter rehabilitering inom sjukvård, socialvård och kriminalvård skulle sedan arbetsvården ha möjligheter att kunna ta över en del av även detta svårare klientel.

För närvarande måste former för gallring av de fall som remitteras till arbetsvården allvarligt diskuteras.

Det fattas på de flesta håll ett steg i rehabiliteringen innan arbetsvården inkopplas. Detta gäller framför allt beteendemässiga men i viss mån även psykiska handikapp.

Det fattas alltså på de flesta håll ett steg i rehabiliteringen innan arbetsvården inkopplas. Detta rehabiliteringssteg ligger närmare vård än arbete, men fordrar kanske arbete som terapeutiskt medel. Detta gäller framför allt beteendemässiga, men i viss mån även psykiska handikapp.

Nuvarande medicinska rehabiliteringskliniker är inte avsedda för beteendemässiga och psykiska handikapp, men tvingas arbeta med sådana i hög grad då sådana handikapp döljs under en somatisk diagnos. Skall en strikt skiljelinje tillämpas skall behandlingen av beteendemässiga handikapp icke räknas som sjukvård. En sådan sträng uppdelning är inte möjlig, men hela sjukvårdsapparaten och försäkringssystemet är uppbyggt kring denna tanke. Sjukdom berättigar till ersättning, beteendemässiga handikapp berättigar inte till ersättning annat än när de för till sjukdom. Var gränslinjen går blir en synnerligen subjektiv bedömningsfråga och tolkningarna därför olika beroende på läkarens utbildningsbakgrund och begåvningsprofil.

Psykiska störningar dominerande problem

Som samhällsutvecklingen nu ter sig förefaller det som om psykiska störningar kommer att bli det dominerande problemet för människor i arbetslivet. Huruvida dessa psykiska störningar är av sådan natur att de skall betecknas som sjukdom är många gånger svårt att bedöma. Ofta är det en normal reaktion hos en normal individ på en onormal situation. Denna onormala situation kan ibland uppstå genom att individens begåvningsmässiga profil inte passar in i samhällets kravprofil. Blir han sedan sjuk måste han motsvara sjukvårdens kravprofil.

Så länge vi bygger vår uppfattning om hälsa och sjukdom omkring gamla normer ärvda från ett annorlunda samhälle kan vi inte på djupet

lösa dessa problem. Vi står ganska tafatta inför reaktioner hos människan som framkallats genom en samhällsstruktur som vi själva varit med om att skapa, men som nu obönhörligt utvecklas utan att vi nämnvärt kan ingripa.

Vad vi nu kan göra är endast att med tillgängliga medel försöka råda bot på det mest närliggande.

Med utgångspunkt från vad som tidigare sagts om svårigheten att med nuvarande betraktelse-sätt skilja mellan olika begrepp som hälsa och sjukdom, arbete och sysselsättning, vård och träning kommer remisserna till arbetsvården att innehålla en rad schablonmässiga tankar runt arbetsvårdens mål och medel.

Vaga och bristfälliga remisser

Ofta har den inremitterande en helt annan referensram, vet inte vad arbetsmarknaden kräver, exempel läkarna och socialvårdarna. Klienter remitteras som ej är medicinskt eller socialt mogna för arbetsvård. Läkarna ger ofta yrkesvägledning som endast uttalar pat:s önskemål.

Utredningen som följer remissen är ofta för bristfällig. Detta kan också gälla remisser från sjukhus, t. ex. från somatisk sjukvård där utredningen endast koncentrerats på den somatiska sjukdomen. Detsamma gäller t. ex. socialvården som endast utreder de sociala faktorerna.

Vid remiss från psykiatriskt sjukhus upplever man mycket starkt att verklighetsförankringen ofta är mycket svag. Ofta får man mottaga personer som visserligen fungerar på ett ytligt, socialt plan, men som också då är hårt drogade och saknar möjligheter att komma ut i arbetslivet.

Många gånger ser man både i remisser till arbetsvården och pensionsintyg att läkaren anser att pat. bör beredas en meningsfylld sysselsättning. Läkaren har då inför sig själv inte analyserat begreppet utan endast vagt tänkt på något

Vid remiss från psykiatriskt sjukhus upplever man mycket starkt att verklighetsförankringen ofta är mycket svag.

=====

Tyvärr måste man säga att i en del fall är remisserna till arbetsvården bristfälliga därför att man förtiger vissa fakta.

=====

som kunde vara nyttigt för pat. Ordet meningsfylld sysselsättning medför emellertid att pat. remitteras till arbetsvården som emellertid har arbete som mål och därför inte kan hjälpa dessa ofta mycket lågproduktiva människor. Den inremitterande har där gjort pat. en björntjänst genom att väcka falska förhoppningar.

Tyvärr måste man säga att i en del fall är remisserna till arbetsvården bristfälliga därför att man förtiger vissa fakta. Man ser ingen annan möjlighet och man har ingen annan möjlighet till åtgärd och därför remitterar man pat. — klienten till arbetsvården. Hit hör det mer eller mindre kroniska klientel som roterar mellan olika sociala organ.

Från den sökandes sida kan också ekonomiska faktorer komma med i bilden. Försörjningen kan förhoppningsvis bli tryggad för en viss tid framåt.

Man måste också komma ihåg att i vissa fall kan ett ekonomiskt tvång förekomma vid inremittingen. Detta gäller fall från försäkringskassan, socialvården och därmed även kriminalvården. Detta ger en negativ effekt med en mycket dålig arbetsmotivation som följd. Att arbeta med dessa utgångspunkter är mycket svårt och ger ofta dåliga resultat. Frågan är om ett system av denna art med mer eller mindre tvångskommandering till rehabilitering verkligen är meningsfylld.

Remissens orsak: att avbörda den inremitterande ansvaret

Följande kanske något elaka synpunkter beträffande inremittingen kan också diskuteras.

Man utgår gärna ifrån att arbete i någon form är värdefullt för alla individer.

Arbetsförmågan blir på detta sätt någon slags värdemätare på människans sociala funktion. Den religiösa och sexuella toleransen har ökat i samhället, men arbetstoleransen har minskat.

Har man därför lyckats få pat. i arbete, med eller mot hans vilja vare sig arbetet passar honom eller inte, har man lyckats i sin strävan att rehabilitera individen och därmed tillfredsställt sig själv.

Tjänstemän, läkare m. fl. inom sjukvård, socialvård etc. förväxlar ofta arbetet med sysselsättning "alltid kan han väl pillra med något".

I samhällsdiskussionen talar man med enfaset utslagningen på arbetsmarknaden. Men när det kommer till det aktuella fallet sätter man sig inte in i hur höga arbetskraven är utan tänker något diffust: "Det ordnar sig nog på arbetsvården".

Man ställer alltså allt för höga krav på arbetsvården när man begär att det skall ordnas ett arbete åt pat. utan att denne kanske har stora möjligheter att själv bidra med någon arbetskapacitet.

Man avbördar sig ett ansvar under mottot "arbete befördrar hälsa (och ev. välbefinnande) samt förhindrar många tillfällen till synd".

Tänkbara förändringar

För närvarande belastas arbetsvården som tidigare sagts med allt för svåra och olösbare fall. Man måste därför på något vis försöka förändra situationen omkring remitteringen. Följande förslag är bara några personliga tankar och är menade som diskussionsunderlag:

- a) skapa enkla förprövningsavdelningar vid länsarbetsnämnden.
- b) låta AVY-gruppen bli ett prövningsorgan för svåra fall. Gruppen bör då förstärkas med Lan-läkaren.
- c) ge ökade resurser till arbetsvårdsinstituten med krav på korta arbetsprövningar i de fall då man är tveksam om det rör sig om ett arbetsvårdsfall eller inte.

=====

Har man därför lyckats få pat. i arbete, med eller mot hans vilja vare sig arbetet passar honom eller inte, har man lyckats i sin strävan att rehabilitera individen och därmed tillfredsställt sig själv.

=====

- d) då en så stor del av klientelet ändå är vårdbehövande skulle man kunna skapa vårdenheter speciellt för detta klientel som förstadium till AVI, eller ge AVI ökade resurser.
- e) kräva ökade resurser för rehabilitering av beteendemässiga handikapp av vårdkaraktär inom social-, kriminal- och sjukvård.
- f) skapa rehabiliteringscentraler fristående från sjukhus, gemensamt drivna av AMS-Socialstyrelsen.
- g) ytterligare direkt ökat samarbete med industrihälsovård. Ambulatorisk arbetsvård på arbetsplatsen som hjälper företagen på ett tidigt stadium redan när arbetaren börjar svikta. Detta fordrar ökad utåtvänd aktivitet riktad såväl mot socialvården, kriminalvården som direktplacering och direktbesök på arbetsplatsen och att arbetsvårdstjänstemannen arbetar ute på fältet.
- h) analys av orsaken till nedsättningen av arbetsförmågan hos de fall som arbetsvården inte kunnat klara av bör göras. En sådan analys kan dock inte utföras annat än genom ett rätt kvalificerat undersökningsteam. Bland annat skulle en sådan undersökning kunna visa om det är samma klientel som roterar och i så fall hur stor belastning detta kan utgöra för arbetsvårdstjänstemännen.

Förkortningar:

AVI — arbetsvårdsinstitut, d. v. s. institut för arbetsprövning/arbetsträning.

AVY — arbetsförmedling — arbetsvård — yrkesvägledning.

LAN — länsarbetsnämnd.



Red: Lars Svenning

Brottskommissionen igen

Styrelsen för Föreningen Sveriges socialchefer har enhälligt antagit remissvar på propositionen om åtgärder för att bekämpa brottsligheten och förbättra den allmänna ordningen. Bakom remissvaret står samtliga de organisationer som också stödde uppropet mot brottskommissionens förslag. Delar av remissvaret skall i det följande återges.

Handläggningen

Man ifrågasätter den brådska med vilken ärendet handlagts. Frågan bedöms så komplicerad och känslig att snabba lösningar bör undvikas. De åtgärder som behövs måste planeras i ett långsiktigt helhetsperspektiv. Man pekar också på riskerna av att de föreslagna åtgärderna kan leda till en förändrad praxis inom polisverksamhet och kommunal socialvård. Så har exempelvis redan kortvariga omhändertaganden med stöd av polisinstruktionen stramats åt som en effekt av kommissionens förslag. En annan risk man pekar på är att förslaget kan bli första steget i en kedjeprocess av likartade åtgärder och att uppmärksamheten och resurserna därigenom dras ifrån de mera sammansatta grundproblemen.

Brist på social kunskap

Organisationerna anser det anmärkningsvärt att ingen ledamot eller expert som representerar social sakkunskap på fältet har ingått i kommissionen.

Då utredningen tillkommit på mindre än tre månader och utan medverkan av social expertis har det framstått som självklart för undertecknade organisationer (FSS, SSF, Verdandi, Länkarna, RFHL, RFMT, KRUM och RSMH) att en relativt lång remisstid skulle förekomma för att i någon mån komplettera det ofullständiga förslaget. Så har dock inte skett. Inte heller har förslaget remitterats till lagrådet trots att det innebär att regler för frihetsberövanden nu föreslås upphöjda till lag.

Organisationerna anser det djupt olyckligt om det här tillvä-