

Arbetsvård – arbetsmarknadspolitik och socialmedicin!

En replik till Lars Ettarp

Georg Svahn

Du anger i Ditt brev till Socialmedicinsk tidskrift att Din artikel ovan är en replik på de synpunkter som framförts om arbetsvården i nummer 4/1971 av denna tidning. Det var många som skrev där. Det går inte i alla stycken att uppfatta åt vem Din svepande slag är måttade. Eftersom inte alla träffar, blir det ännu svårare att finna adressaten. Det vore synd att av så trivala skäl låta hela Ditt friska inlägg bli hängande i luften. Redaktören lät därför salomoniskt uppdraget gå åt numrets ledarskribent. Eftersom jag är förmäten nog att tro att Du något tänkte på mig, när Du skrev Din artikel påtog jag mig jobbet. Jag har gått tillväga så att jag samrått med en del av de personer som jag tror att Du polemiserar mot. De har också försett mig med rikligt med synpunkter, som jag också använder mig av i det följande.

Arbetsvård: Arbetsmarknadspolitik eller socialmedicin?

Först till huvudproblemet: Är verkligen arbetsvården bara en del av arbetsmarknadspolitiken? Är den inte också i verkligheten en del av det socialmedicinska behandlingsarbetet? Och — om

Arbetsvården har idag två uppgifter: den arbetsmarknadspolitiska och den socialmedicinska behandlingsinsatsen. AMS är av samma åsikt. Annars skulle man inte använda sitt platsmonopol till att remittera människor, som uppenbarligen saknar produktionsförmåga av arbetsmarknadsmässigt intresse, till den kommunala arbetsvården.

För detta skall AMS berömmas, inte klandras, konstaterar Georg Svahn, arbetsvårdsdirektör i Stockholms län. Han fastslår vidare att man i Stockholm funnit stora förutsättningar att utnyttja de sammantagna resurserna inom statlig och kommunal arbetsvård rationellt och effektivt redan under nuvarande organisationsform.

det endast är det första — utesluter det behovet av omfattande insatser av läkare, socialarbetare, psykologer m fl? Du hävdar att arbetsvård endast är det första.

Lars Hedenberg, överläkare vid den medicinska rehabiliteringen i Göteborg, tror att orsaken till Din irritation är att Du endast ser arbetsvården som ett arbetsmarknadsinstrument. Han ser den som ett organ för "yrkesmässig eller arbetsmässig rehabilitering av den handikappade individen". Arne Carlberg, socialsekreterare vid socialbyrå 5 i Göteborg, ser arbetsvården "som en resurs, ett instrument bland flera i det sociala vård- och behandlingsarbetet". Han tycker inte det spelar så stor roll om man kallar arbetsvården för arbetsmarknadspolitik eller för något annat bara den fungerar för klienternas behov och det tycker han att den gör. Han tror att den kommunala arbetsvården vuxit fram därför att den statliga arbetsvården varit alltför otillräcklig och separat utformad för att kunna betjäna en socialmedicinsk och behandlingsinriktad socialvård.

Min åsikt i den här saken är, att arbetsvården i dag har båda uppgifterna: att vara arbetsmark-

Skall någon klandras är det snarast socialvård och sjukvård som inte förstått eller förmått att skaffa sig resurser nog för sitt behandlingsarbete.

nadspolitik och att vara en socialmedicinsk behandlingsinsats. Jag vet att arbetsmarknadsverket är av samma åsikt. Annars skulle man inte använda sitt platsmonopol till att remittera människor, som uppenbarligen saknar produktionsförmåga som är av arbetsmarknadsmässigt intresse, till den kommunala arbetsvården. För detta skall arbetsmarknadsverket berömmas, inte klandras.

Skall någon klandras är det snarast socialvård och sjukvård som inte förstått eller förmått att skaffa sig resurser nog för sitt behandlingsarbete. Det som skett är ett exempel på arbetsmarknadsverkets praktiska handlingskraft. Finns det ett behov, som inte någon annan gör något åt, gör man något åt det — om man kan. Arbetsmarknadspolitiken har haft starkare borgensmän än socialvården. Det är en av förklaringarna till att det inom arbetsvården görs saker som kanske borde göras av socialvården.

I tid och längd är det inte så lyckat att ha det så här. Det är uppenbart att mål och verklighet inte är överens. Arbetsvårdens mål är klart arbetsmarknadspolitiskt. Klienterna har en utpräglat socialmedicinsk profil. Resurserna ligger mittemellan. Antingen får man ändra målen så att de passar verkligheten eller får man se till att någon annan än arbetsvården tar hand om huvudparten av det socialmedicinska innehållet. Antagligen är det sista det bästa. Men det tar tid. Vi kan inte lämna de människor, för vilka arbetsvården är det sista hoppet om hjälp, i sticket medan vi diskuterar fram alternativet. Blandningen av olika uppgifter medför många praktiska svårigheter. Det är besvärligt att alltid ha rätta resurser till hands för behov som är så skiftande. Det gör att det allt

Arbetsvårdens mål är klart arbetsmarknadspolitiskt. Klienterna har en utpräglat socialmedicinsk profil. Resurserna ligger mittemellan.

Sedan tror jag att beteckningen "arbetsvård" är olycklig . . . Varför inte använda beteckningen "arbetsrehabilitering"?

oftare talas om behovet av bättre definierade gränser både mot "fullarbetskraften" och mot dem som har mycket låg arbetsförmåga.

Sedan tror jag att beteckningen "arbetsvård" är olycklig. Många — men knappast debattörerna — tolkar begreppet just som det läses, som vård, som medicinsk vård, psykologisk vård och som socialvård. I andra språk heter det ju inte alls så, engelsmännen talar om "vocational rehabilitation", norrmännen om "atföring", danskarna om "revaldering". Varför inte använda beteckningen "arbetsrehabilitering"?

Ensidig debatt: P g a för mycket tal eller för stor tystnad?

Det känns lite irriterande att Du angriper författare för att de begränsar sig till att publicera erfarenheter från sina yrkesområden. Du skjuter väl lite över målet, när Du klandrar dem för att inte skriva tillräckligt om andras. Lennart Holmgren, chef för arbetsprövningen och arbetsträningen i Göteborg, framhåller att det man därifrån önskat framförallt varit att få igång en allsidig debatt — inte att ge en fullständig, allsidig och slutgiltig information. Han försäkrar Dej att göteborgarna väl känner den kommunala arbetsvårdens begränsning. Han är lite förvånad över att företrädare för andra än de kommunala intressena genom sin relativa tystnad åstadkommit den obalans, som Du talar om.

Det är svårt att bli riktigt förargad på Dej för detta. Det är att hoppas att det i arbetsvårdsdebatten kommer fler företrädare för andra intressen än de kommunala.

Du tror att de som Du debatterar med uppfattat den kommunala arbetsvården som "ett enhetligt åtgärdssystem". Det tror jag inte de gör i den mening som Du lägger i detta begrepp. Om Du lyssnar riktigt noga till vad som sägs skall Du finna att det knappast är något som så tydligt betonas som att den kommunala arbetsvården är en del-

Överskatta inte möjligheten till goda beslut genom att "gå igenom remisser".

insats i större sammanhang. Du försöker leda Dina tesar i bevis genom att återge en flödesbild ur en artikel som bl a Lars Hedenberg skrivit. Han tycker Du går osakligt tillväga. Du har bl a utlämnat en bildtext: "Enheter och flöden inom arbetsvårdsområdet, diskuterade i artikeln". Genom denna text framgår att bilden bara har funktionen att underlätta läsningen av det problem som artikeln belyser.

Nu är det inte givet att dagens flöde är det ideala. Klientströmmarna styrs av en massa olika sorters hinder varibland bristande resurser och bristande information är de främsta.

Remisser: Indirekt, direkt eller inga alls?

Det Du säger om AVY-lagen manar inte till någon direkt opposition, däremot till några kommentarer. Överskatta inte möjligheten till goda beslut genom att "gå igenom remisser"! Om det är så att inremittenterna "missbedömmar" arbetsvårdsbehovet som Du säger är deras handlingar av litet värde som beslutsunderlag.

Arne Carberg gör följande kommentar till det Du säger om vårdarbetarna:

"Socia:medicinare, socialassistenter, kuratorer och andra kategorier av socialarbetare har ju erfarenheter av hur socialt handikappade är utslagna på den öppna arbetsmarknaden och hur arbetsförmedlingen i årtal misslyckats med att anskaffa dem annat arbete än möjligen okvalificerade restsysselsättningar utan allt rehabiliteringsvärde. Att socialmedicinare och socialvårdare med denna erfarenhet och under dessa förutsättningar skulle missbedöma arbetsvårdsbehovet hos den enskilde är en felaktig slutsats".

Ett problem med de många intressenterna i arbetsvården är de berg av papper och remisser som skrives men som föga läses av dem som slutligen ger "vården". På den här punkten tror jag man måste radikalt begränsa sig. Hitta istället för remisser och remissgranskning i ständigt återkom-

mande sekvenser (med ständigt nya läsare och skrivare) observations- och beslutsformer där "granskarna" och sökanden öga mot öga diskuterar hans och hennes problem!

"Direktremiss", som Du kallar det, är en företeelse som i debatten brukar föras med ett av följande motiv

1) Det är opraktiskt och kränkande att förse kommunal verksamhet med restriktioner i form av "tillstånd" från den överordnade statliga myndigheten. Det bygger på tanken att kommunerna inte har tillräcklig kompetens eller kan misstänkas för partiskhet.

2) Det enorma trycket på de statliga arbetsvårds-expeditionerna och de därav följande orimligt långa köerna till utredning gör att man måste finna vägar, temporärt eller permanent, som förkortar remissflödet.

Arne Carberg argumenterar för den första ståndpunkten:

"Ligger det inte ett central-byråkratiskt självändamål i förfarandet att en kommunal social förvaltning som själv skapat och disponerar ett rehabiliteringsorgan, inte inom sig kan anförtros remittering och urval av ärenden till detta? De kommunala rehabiliteringsorganen disponerar ju urvals- och bedömningsinstrument av samma kapacitet som de statliga. Även intentionerna, nämligen att placera människor i meningsfylld sysselsättning, torde väl sammanfalla med samhällets och arbetsmarknadsverkets".

Lennart Holmgren argumenterar för den andra ståndpunkten:

"Det är riktigt att vi reagerat mot Arbetsförmedlingens dispositionsrätt över platserna i den kommunala arbetsvården. Det bör dock observeras att det är den snäva tolkningen av reglerna vi reagerat mot nämligen att arbetsvården

Hitta istället för remisser och remissgranskning observations- och beslutsformer där "granskarna" och sökanden öga mot öga diskuterar hans och hennes problem!

Under senare år har nog den i särklass största metodutvecklingen skett inom den praktiska provningen.

känt sig tvingad utreda varje ärende före remiss till kommunal arbetsvård. Följden kan bli ett helt onödigt dubbelarbete. Dessutom menar vi att med hänsyn till befintliga köer vid arbetsvårdsorganen och de mycket besvärande väntetider som kraftigt motverkar rehabiliteringsmöjligheterna i de enskilda fallen, dubbelarbete i detta fall är onödigt speciellt som den statliga arbetsvården har egen personal placerad på den kommunala arbetsvårdsinstitutionen.

Tyngdpunktsförskjutning: Vem skjuter på (vem)?

Under avsnittet "AMS ändrade policy" konstaterar Du att AMS under senare år ändrat sin politik i syfte att tidigare möta arbetsvårdsbehovet och att lösa det ute på den öppna marknaden. Du säger att denna inriktning inte återspeglas i den kommunala arbetsvården. Det tycker jag är en otillåtet grov generalisering. Dels tror jag att den kommunala arbetsvården i allmänhet har tillägnat sig samma policy, dels måste Du förstå svårigheterna för den kommunala arbetsvården att lydigt underordna sig den statliga arbetsvården och samtidigt aktivt verka på det fält som Du vill förbehålla staten.

Arbetsprovningens tyngdpunkt ligger inte på medicinska och psykologiska bedömningar. Under senare år har nog den i särklass största metodutvecklingen, tvärtemot vad Du tror, skett inom den praktiska provningen. Praktisk provning på den öppna marknaden har också ökat avsevärt. Inom arbetsträningen har metodutvecklingen kommit igång sent. Men där sker nu saker. Träning i reell miljö sker allt oftare. Lennart Holmgren berättar att 40 % av tränings eleverna i Göteborg arbetar på olika företag i den öppna marknaden. Den kombineras ofta med förberedande yrkesutbildning och yrkesträning. Ett nära samarbete med vuxen- och arbetsmarknadsutbildning förekommer.

Arne Carlberg tycker att Du är för kritisk mot den socialmedicinska och psykologiska bedömning-

en. Han menar att den svikt och de funktionsstörningar, som drabbar människor, särskilt i den industriella arbetsmiljön, oftast är av psykosomatiskt slag. Det torde här inte gå att särskilja det fysiska handikappet från det sociala. Det borde enligt honom då vara självklart att också rehabiliteringen måste ske genom socialmedicinsk och psykologisk metodik och bedömning.

Det Du ser som provningens förskjutning mot medicin och psykologi kan vara en ond cirkel. Det är i så fall svårt att säga var den börjat. Började den med att de som remitterades till kommunal arbetsvård hade så stort behov av medicinsk och psykologisk kartläggning att dessa resurser måste göras stora eller började den med att den kommunala arbetsvården bedömdes ha så stora resurser på dessa områden att den ansågs vara särskilt lämplig för människor som behövde sådan utredning?

Du påstår att statens arbetskliniker och de kommunala arbetsprovningensinstitutionerna står under medicinsk ledning. Det är fel beträffande Stockholm och Göteborg. Däremot har Du rätt beträffande Statens Arbetskliniker.

Det Du säger om att arbetsprovningen kommit att tas i anspråk som pensionsbedömning är värt en särskild kommentar. Anledningen till att arbetsprovningen i stor utsträckning kommit att användas som pensionsbedömning är helt enkelt den att länsarbetsnämnderna — i kraft av sitt platsmonopol — remitterat just sådana ärenden; inte det skäl Du anger: medicinsk och psykologisk dominans. Men när arbetsmarknadsverket trots ibland rätt högljudda protester fortsätter med denna remisspolitik vore det väl ganska förvånande, om inte huvudmännen försökte anpassa sina resurser något därefter.

Det är verkligen inte någon önskesituation att till arbetsvård få remitterat personer som inte vill

Anledningen till att arbetsprovningen i stor utsträckning kommit att användas som pensionsbedömning är helt enkelt den att länsarbetsnämnden — i kraft av sitt platsmonopol — remitterat just sådana ärenden.

ha arbete utan pengar. Av detta kommer mycket av de motivationsproblem som den kommunala arbetsvården brottas med och som orsakat ökning av medicinsk, psykologisk och social personal.

Förprovning — något nytt?

Det Du skriver om den "s k förprovningen som bedrivs i Göteborg och som säges vara något nytt" har uppväckt många gensagor.

Lennart Holmgren kan inte bedöma de eventuella kvalitetsmässiga skillnaderna mellan förprovning och LAN-utredning + anlagstest. Kanske är åtgärderna likvärdiga och troligen behövs båda. Din gissning att anlagstest och undersökning av LAN-läkare är snabbare och billigare torde dock vara fel. Kostnaden för en förprovning är f n 3—500 kronor.

Dessutom är s k förprovning ett experiment — ett försök att göra något av en omöjlig situation. Kort uttryckt försöker man sortera ut de bäst rehabiliteringsbara och få igång dem snabbt istället för att låta dem vänta på sin tur så länge att rehabilitering är svår — kanske omöjlig.

Eftersom "förprovning" är en försöksverksamhet är det viktigt att den presenteras, granskas, värderas och kritiseras. I varje fall är det skälet till att man från Göteborg skrivit om den.

Slå ihop — dela isär!

Du vill inordna provning och träning i arbetsmarknadsutbildningen. Det låter bestickande. Men Du gör det alldeles för enkelt för Dej. Du måste tala om var de insatser inom provning och träning för svårt handikappade som nu görs och som inte får plats i Din modell skall göras i framtiden. Du måste också tänka över konsekvenserna för övrig kommunal rehabilitering; medicinsk rehabilitering, skyddad verksamhet m m. Egentligen ligger det närmare till hands att föreslå att staten skall ta över den skyddade verksamheten. Den är i första

hand uttryck för allas rätt till arbete. Den rätten kan bara staten garantera. Arbetsprovning och arbetsträning ligger närmare kommunernas/landstingens rehabiliteringsuppgifter. Har de organ, som Du representerar, ambitionen att ta över och utveckla det, som nu kallas "den kommunala arbetsvården" kommer de säkert inte att hindras av kommunens företrädare. Men minns att när man organiserar socialpolitiska verksamheter är det alltid två krav som måste balanseras mot varandra: Samordning och specialisering. Satsar man för hårt på det ena förlorar man lätt på det andra. Risken här är att man samordnar så att specialisering/fackkunskap går förlorad. Då blir följden att det snart måste göras en ny organisationsförändring med en ny fackindelning. Då får man ofta avdelningar som mot varandra fungerar ungefär likadant som de tidigare skilda huvudmännen gjorde. Med detta har jag inte sagt att det inte behövs organisatoriska förändringar på det här fältet, bara att den skiss Du gör möjligen skapar fler problem än den löser.

Oavsett om det blir som Du vill eller inte i huvudmannaskapsfrågan så är det de saker Du talar om tidigare — metodutveckling och samarbetsteknik — som avgör arbetsvårdens samlade resultat. Här i Stockholm har vi funnit att det finns stora förutsättningar att utnyttja de sammantagna resurserna inom statlig och kommunal arbetsvård rationellt och effektivt redan under nuvarande organisationsform. Vi ser inga egentliga hinder för detta.

En sak till. På det här fältet är det svårare än på många andra att finna en generell organisation som passar lika bra för storstad som för glesbygd. Den debatt som Du drar igång beror delvis på detta. De som Du debatterar med företräder alla arbetsvård i storstad. Du talar generellt — möjligen med dragning åt landsbygds-glesbygdsproblemen.