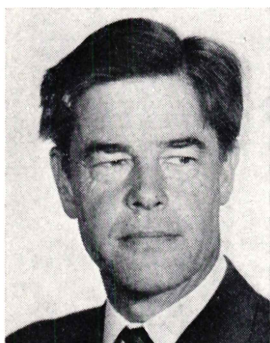


Urvalet av sökande till kommunala arbetsvården

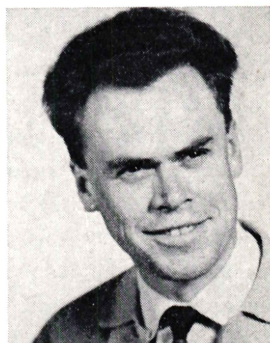
Problem, metoder och erfarenheter av ett nytt förfarande, tillämpat i Göteborg



Sven J. Dencker



Lars Hedenberg



Lars Sullivan

I diskussionen om arbetsvårdens verksamhet har man ofta kritiserat den bristande samordningen mellan olika åtgärder. Man har också pekat på bristen på prioritering av de knappa resurserna. För att försöka bemästra dessa problem har ett nytt förfarande tillämpats i urvalet av sökande till den kommunala arbetsvården i Göteborg. I nedanstående artikel presenteras detta förfarande. Samtidigt redovisas ett patientmaterial och de hittillsvarande erfarenheterna av verksamheten.

Sven J. Dencker är docent i psykiatri och överläkare vid klinik II, Lillhagens sjukhus, Lars Hedenberg är docent i medicinsk rehabilitering vid Göteborgs Universitet och tf överläkare vid Medicinsk rehabilitering I, Sahlgrenska sjukhuset, där Lars Sullivan är bitr. överläkare.

Denna redogörelse är avsedd som preliminär rapport och som diskussionsunderlag för fortsatta försök att lösa problemet med granskning och prioritering av arbetsvårdssökande. Innan vi beskriver det nya urvalsförfarandet, som tillämpas i Göteborg och det tidigaste patientmaterialet, vill vi emellertid diskutera några aspekter på arbetsvårdsproblematiken, utgående från den kritik som har riktats mot utformningen av arbetsvårdens verksamhet under senare år (1).

Tidig arbetsvård — för och emot. Principiella synpunkter

I princip har kritiken påtalat en alltför sen identifiering av arbetsvårdsbehovet, bristande samordning dels mellan olika arbetsvårdsåtgärder och dels mellan sådana och medicinsk vård, samt slutligen osystematisk eller utebliven prioritering vid val av arbetsvårdsåtgärder för olika grupper av arbetsvårdssökande. Beträffande identifieringen av arbetsvårdsbehovet, vars praktiska uttryck är utfärdandet av arbetsvårdsremiss, talar all erfarenhet för att ju senare rehabiliteringsåtgärderna påbörjas desto större är riskerna för ett misslyckande. Därför betonas ofta betydelsen av tidig remittering för arbetsvård. Principiellt kan självfallet föga invändas mot denna rekommendation. Själva utfärdandet av remiss till arbetsvården utgör emellertid ofta endast övergången från ett långvarigt latent till ett klart identifierat arbetsvårdsbehov. Den ur rehabiliteringsaspekt sena remitteringen är emellertid många gånger förknippad med förhållanden som är av positivt värde för patienten. Arbetsvårdsåtgärder innebär för många patienter ett ekonomiskt ofördelaktigare alternativ till omplacering i annat förvärvsarbete och till och med ibland

Arbetsvårdsåtgärder innebär för många patienter ett ekonomiskt ofördelaktigare alternativ till omplacering i annat förvärvsarbete och till och med ibland ett ofördelaktigare alternativ till försäkringsmässig försörjning.

ett ofördelaktigare alternativ till försäkringsmässig försörjning. Detta gäller i många fall både under pågående arbetsvård och efter denna. Ett växande antal arbetsvårdssökande måste placeras i skyddad verksamhet, där lönen är lägre än på öppna marknaden. En patient kan sålunda ha rationell grund till att inte känna sig attraherad av arbetsvård. En konsekvens blir att han vill dölja sitt arbetsvårdsbehov, tills det står klart att ingen alternativ försörjningsmöjlighet återstår. Av både psykologiska och ekonomiska skäl kan man således finna anledning att avvakta med arbetsvårdsremiss, vilket i sin tur kan bli till förfång för patientens rehabilitering. Det hela blir en fråga om avvägning mellan möjlig ekonomisk vinst och psykologiska värden för patienten å ena sidan och ett sannolikt bättre rehabiliteringsresultat å den andra. Däremot är det naturligtvis mindre kontroversiellt att rekommendera att patientens medicinska rehabilitering startas tidigt och sköts omsorgsfullt, varefter i lämpade fall bör följa tidigare remittering till arbetsvården. Allmänna rekommendationer om tidigare remittering till arbetsvård torde mest ha betydelse i fall där helt ovidkommande orsaker till försenad remittering föreligger, t. ex. bristande insikt om patientens medicinska och arbetsmässiga förutsättningar eller om tillgängliga arbetsvårdsresurser.

Man har också kritiserat bristande samordning mellan olika behandlingsorgan, som är aktuella i det enskilda arbetsvårdsfallet. En samrådsgrupp med representanter för olika specialiserade behandlingsorgan (1) har nu bildats och förväntas fastställa hur integreringen skall ske. Men om strävandena efter helhetssyn och samordning i det en-

Principiell kritik har också riktats mot bristen på prioritering till de knappa resurserna inom arbetsvården.

skilda fallet skall bli framgångsrika krävs ett effektivt informationssystem, som successivt förmedlar aktuella uppgifter om resurser och tillgångar över hela arbetsvårdsfältet. Möjligen kan endast en övergång till automatiserad informationsrutin medföra den snabba och fullständiga redovisning, som fordras för att man skall erhålla den ideala helhetssynen på arbetsvårdsfallet.

Nuläge

Principiell kritik har också riktats mot bristen på prioritering till de knappa resurserna inom arbetsvården. Kritiken är befogad och det direkta resultatet av missförhållandet står att avläsa i köbildning på olika områden inom arbetsvårdsfältet: väntan på arbetsvårdskontakt, väntan på praktisk arbetsvårdsåtgärd och väntan på arbetsplacering. Väntetiderna skapar irritation hos patienten och alla som arbetar med hans rehabilitering, han är kanske maximalt medicinskt rehabiliterad, när kontakt tas med Länsarbetsnämnden av vederbörande läkare eller institution. En längre period av passiv väntan har ofta en förödande effekt på rehabiliteringsvilja och ekonomi. En annan konsekvens av väntetiden mellan beslutad och påbörjad arbetsvårdsåtgärd är att patienten ofta är i sämre tillstånd när åtgärden påbörjas än när den beslutades. Det är vår erfarenhet att många arbetsvårdsåtgärder misslyckas just av denna orsak. Arbetsvårdsåtgärd omedelbart följande på beslut om sådan åtgärd, alltså ett idealiskt köfritt rehabiliteringsfält, skulle undanröja detta missförhållande. I den nya modell för patientflöden och samarbetsformer, som framlagts som svar på kritiken av arbetsvården i sin helhet (1) har man fäst så stor vikt vid köfriheten, att man betraktat uppfyllandet av denna målsättning som ett kriterium på om den

En patient kan sålunda ha rationell grund till att inte känna sig attraherad av arbetsvård.

En längre period av passiv väntan har ofta en förödande effekt på rehabiliteringsvilja och ekonomi.

Ett idealiskt köfritt rehabiliteringsfält skulle undanröja detta missförhållande.

nya modellen skulle kunna betraktas som ett framsteg överhuvud taget.

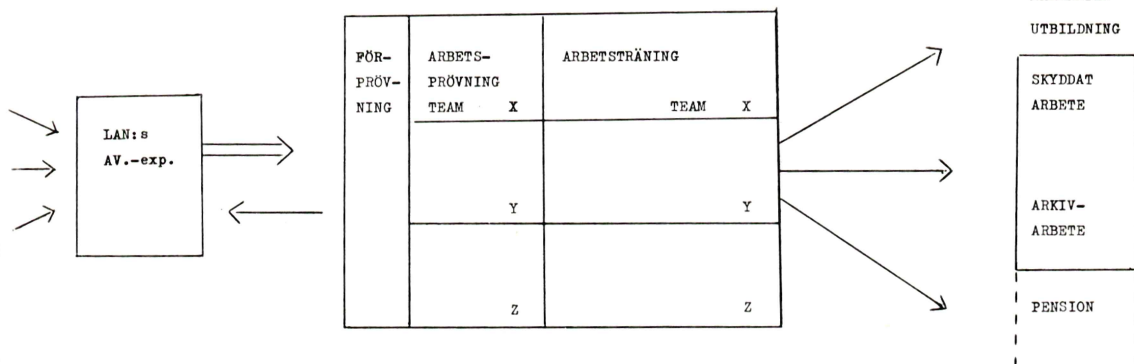
Enligt vedertagen rutin anmäls fall med arbetsvårdsbehov till Länsarbetsnämndens arbetsvårdsexpedition, där man gör utredning och vid behov samråder med sin förtroendeläkare. När placering inom den kommunala arbetsvården bedömdes vara indicerad, gick man t. o. m. första halvåret 1969 så till väga, att ärendet togs upp för behandling i en särskild s. k. intagningsgrupp. I gruppen fungerade en representant för den statliga arbetsvården oftast som föredragande och den kommunala arbetsvårdssidan representerades som regel av befattningshavare från olika avdelningar för arbetsprovning/arbetsträning och skyddat arbete. Den medicinska sidan företrädades av en psykiater och en rehabiliteringsläkare, båda med uppdrag i den kommunala arbetsvården. Intagningsgruppens medlemmar var i regel informerade om patienten enbart genom Länsarbetsnämndens handlingar. Intagningsgruppens bedömning av handlingarna hade vissa uppenbara svagheter. Den krävde hög kvalitet på remisser och tidigare utredningar, som långt ifrån alltid var möjliga att tillfredsställa. Bristen på personlig kontakt med patienten var otillfredsställande ur medicinsk aspekt. Behandlande läkare måste ofta kontaktas för kompletterande uppgifter om anamnes, aktuellt tillstånd och prognos.

Förprovningsteamet

För att tillfredsställa kraven på ett riktigare urval av patienter till kommunal arbetsvård och för att minska köbildning ersattes intagningsgruppen fr. o. m. 1969 av ett s. k. förprovningsteam. Detta har sin verksamhet förlagd i anslutning till den kommunala arbetsvården, närmare bestämt arbetsprovningsavdelningen vid Göteborgs Socialförvaltnings rehabiliteringsavdelning. Verksamheten utgör i själva verket en delfunktion av arbetsprovningen i form av en förberedande arbetsprovning. Bilden visar i princip de huvudsakliga enheterna och flödena inom arbetsvårdsområdet med förprovningfunktionen markerad. Samtliga patienter, som remitterats för arbetsprovning, arbetsträning eller skyddat arbete, bedöms av förprovningsteamet och bedömningen utmynnar i en kort rekommendation. Bedömningen grundas på tre dagars observation och innehåller en så allsidig värdering som möjligt av patientens medicinska tillstånd, arbetsmässiga förutsättningar och sociala situation. En psykiater och en rehabiliteringsläkare utför oberoende av varandra en bedömning av patientens psykiska resp. somatiska tillstånd. En socialkurator bedömer förutsättningarna för olika arbetsvårdsformer ur social aspekt och två arbetsinstruktörer relaterar patienten till en viss arbetsvårdsåtgärd på grundval av den arbetsförmåga han uppvisar i några enkla normerade arbetsprov. (Fig. 1)

Läkarens uppgifter innebär att man på grundval av patientens medicinska och yrkesmässiga anamnes kontrollerar nuläget av eventuella medicinska handikapp och söker värdera deras betydelse för

Fig. 1. Enheter och flöden inom arbetsvårdsområdet diskuterade i artikeln.



Samtliga patienter, som remitterats för arbetsprövning, arbetsträning eller skyddat arbete, bedöms av förprövningsteamet och bedömningen utmynnar i en kort rekommendation.

nedsättningen av arbetsförmågan. Det aktuella medicinska handikappet tillsammans med den medicinska prognosen och betydelsen av denna för arbetsförmågan på sikt, utgör underlaget för läkarens förslag till arbetsvårdsåtgärd. De alternativ som kan komma ifråga är i huvudsak arbetsprövning, arbetsträning, någon form av skyddat arbete, rekommendation om pension eller placering direkt i öppna marknaden.

Socialanamnesen beaktar särskilt de faktorer som kan antas ha betydelse för lämpligheten av olika arbetsvårdsformer. I huvudsak innebär detta en granskning av tidigare kända sociala problem, exempelvis beträffande alkohol, bostad, familj och ekonomi. Bostadslöshet visar sig i praktiken vanligtvis vara ett så gravt handikapp, att arbetsprövning blir meningslös om fast bostad ej kan beredas. Kuratorns schematiska sociala behovsinventering efterföljs av orientering om ärendet hos instanser, som kan bidra med påkallade vårdformer. Mera tidsödande utredningar och åtgärder får ej belasta kuratorn.

I fall där förprövningsteamet rekommenderat pension och/eller skyddat arbete ankommer på kuratorn att upplysa patienten om pensionsbeloppets ungefärliga storlek eller den skyddade verksamhetens art och krav och om möjligt även om utsikterna där i lönehänseende. Aktuella problem av social natur, som kan lösas genom en snabb kuratorsåtgärd medan patienten köar till skyddat arbete, ombesörjes. Slutligen svarar kuratorn för allmän information av dem som antagits till prövnings- eller träningsavdelningar, om förutsättningarna för olika typer av social bidragsgivning under den efterföljande verksamheten.

Teamets två prövningsledare är arbetsinstruktörer, som har erfarenhet av yrkesmässig rehabilitering och vana vid bedömning av arbetsprestationer. Den huvudsakliga delen av prövningsledarnas insats består i att utföra, fördela och bedöma

Bostadslöshet visar sig i praktiken vanligtvis vara ett så gravt handikapp, att arbetsprövning blir meningslös om fast bostad ej kan beredas.

resultatet av praktiska arbetsprov. Sådana arbetsprov är praktiskt-mekaniska, matematiska och språkliga uppgifter samt rituppgifter. Flertalet uppgifter har standardiserats och normerats. Som regel utföres en serie arbetsprov innan arbetsförmågan värderas. I fall där tidigare yrkesverksamhet eller medicinsk anamnes talar för extremt hög eller låg intellektuell nivå eller vid suspekta hjärnskador blir teamets slutliga rekommendation beroende av testpsykologisk genomgång, som utföres av psykolog vid den kommunala arbetsvården.

Det samlade utredningsmaterialet diskuteras sedan för varje enskild patient och läggs till grund för en rekommendation om arbetsvårdsåtgärd som ett led i en preliminär behandlingsplan. Från och med februari 1970 har teamet genom prioritering endast antagit så många till arbetsprövning eller träning som omgående kan tas emot för respektive arbetsvårdsåtgärd. Detta tillgår så att man först diskussionsmässigt skisserar en idealisk behandlingsplan utan hänsyn till den knappa tillgången på arbetsvårdsresurser. Därefter måste i många fall rekommendationen justeras med hänsyn till antalet tillgängliga platser, så att köbildning inte skall uppstå. Förfarandet har visat sig effektivt beträffande intagning till arbetsprövning och arbetsträning. Till skyddad verksamhet har man emellertid inte kunnat undvika långa väntetider och köer, vilka utgör ett stort problem för närvarande. — Den slutliga rekommendationen om arbetsvårdsåtgärd skall sedan meddelas berörda befattningshavare och instanser.

Patientmaterial och vinstredovisning

Patientmaterialet omfattar 203 sökande till kom-

Från och med februari 1970 har teamet genom prioritering endast antagit så många till arbetsprövning eller träning som omgående kan tas emot för respektive arbetsvårdsåtgärd.

Tabell I Inremitterande instans för 203 sökande till kommunal arbetsvård, granskade vid förprövningsavdelningen

Inremitterande instans	Antal
Läkare vid	
Invärtes klinik	12
Ortopedisk-extremitetskirurgisk klinik	26
Neurologisk klinik	9
Rehabiliteringsklinik	8
Övriga somatiska kliniker	10
Mentalsjukhus (Lillhagens sjukhus)	30
Psykiatrisk lasarettsklinik	40
Fristående somatisk poliklinik, distriktsläkare, företagsläkare, etc.	10
Fristående psykiatrisk poliklinik, narkomanpoliklinik, barnpsykiatrisk poliklinik, länsläkare	14
Socialbyrå, läkare eller assistent	18
Fängelse- och vårdhems läkare	3
Praktiserande läkare	16
LAN-läkare	4
Eget initiativ	3
Summa	203

munal arbetsvård i Göteborg, som granskats under förprövningsavdelningens första verksamhetstid från september 1969 till januari 1970. Patienterna har hänvisats till förprövningsavdelningen från Länsarbetsnämndens arbetsvårdsexpedition. Beträffande inremitterande instans visar tabell I att lä-

Av de somatiska diagnosgrupperna var rygg-sjukdom vanligast, följd av invärtes sjukdom.

kare vid psykiatrisk vårdenhet något dominerar över läkare vid somatisk vårdenhet. Psykiatrisk klinik inklusive mentalsjukhus är inremitterande i största antalet fall. Bland läkare vid somatisk vårdenhet dominerar läkare vid ortopedisk-extremitetskirurgisk klinik. Socialbyråerna var inremitterande instans i 18 fall, privatpraktiserande läkare i 16 fall.

I tabell II presenteras dominerande handikapp i form av somatiska och psykiatriska diagnosgrupper. Av de somatiska diagnosgrupperna var rygg-sjukdom vanligast, följd av invärtes sjukdom. Hos 62 av de 203 patienterna kunde ingen väsentlig somatisk sjukdom konstateras. Av de psykiatriska diagnosgrupperna dominerade kronisk alkoholism och depressiva tillstånd, därefter neurotiska tillstånd. Särpräglad personlighet och organiska defekttillstånd utgjorde också väsentliga diagnosgrupper. I 26 fall kunde ingen väsentlig psykiatrisk åkomma med arbetshandikappande betydelse konstateras.

Den rekommenderade arbetsvårdsåtgärden framgår av tabell III. Kvalificerad arbetsprövning har rekommenderats i 79 fall, arbetsträning i 31. Med

Tabell II Dominerande somatiskt och psykiskt handikapp hos 203 sökande till kommunal arbetsvård, granskade vid förprövningsavdelningen. Indelning av patientmaterialet i såväl somatiska som psykiatriska diagnosgrupper.

Somatisk diagnosgrupp	Antal	Psykiatrisk diagnosgrupp	Antal
Ryggsjukdom	57	Neurotiska tillstånd inkl ångesttillstånd, fobier etc.	34
Extremitetsdefekter eller skada	21	Neurasteniskt-depressiva tillstånd av mer kronisk typ + reaktiva depressioner och endogena recidiverande depressioner	43
Invärtes sjukdom	34	Kronisk alkoholism	46
Neurologisk sjukdom	21	Toxicomani	6
Hudsjukdom, sjukdom i sinnesorganen och övriga organ	8	Schizofreni	7
Ingen somatisk sjukdom påvisad	62	Andra kroniska psykoser	8
		Särpräglade personligheter inkl psykoinfantilism, psykopati	19
		Organiska defekttillstånd (oligofreni, demens)	14
		Ingen psykisk sjukdom påvisad	26
Summa	203	Summa	203

Tabell III Vid förprövningsavdelningen rekommenderad arbetsvårdande åtgärd

Rekommenderad åtgärd	Antal
Arbetsprövning	79
Arbetsträning	31
Skyddad och därmed jämförbar verksamhet	60
Medicinsk vård	13
Hel pension	15
Placering i öppna marknaden	5
Summa	203

skyddad och därmed jämförbar verksamhet, som rekommenderats i 60 fall, menas antingen skyddad verkstad, s. k. T 1-arbete eller arkivarbete. Det bör anmärkas att arbetsprövning ofta följs av arbetsträning som en naturlig fortsättning på det arbetsvårdande omhändertagandet. De sökande, som enligt tabellen rekommenderats arbetsträning, har från förprövningen direkt remitterats till arbetsträning. Placering i skyddad eller jämförbar verksamhet blir i realiteten ofta kombinerad med delpensionering. I 15 fall rekommenderades hel pension utan annan åtgärd.

Ett naturligt komplement till förprövningens verksamhet är principen för direktremittering. Den innebär att varje instans, som uppmärksammar ett arbetsvårdsbehov kan remittera direkt till förprövningsavdelningen. Remissen registreras på Länsarbetsnämndens arbetsvårdsexpedition, som sänder den vidare till förprövningen om särskild handläggning ej anses indicerad. Under förprövningens första verksamhetsperiod förmedlades ett fåtal patienter i det redovisade materialet genom direktremiss; det stora flertalet har sålunda handlagts med sedvanlig utredning och bedömning vid arbetsvårdsexpeditionen som ovan beskrivits.

Den blygsamma roll som socialbyråerna spelar som inremitterande instans (tabell I) synes strida mot resultatet av den behovsinventering av den

Av de psykiatriska diagnosgrupperna dominerade kronisk alkoholism och depressiva tillstånd, därefter neurotiska tillstånd.

Den innebär att varje instans, som uppmärksammar ett arbetsvårdsbehov, kan remittera direkt till förprövningsavdelningen, men remissen skall gå via arbetsvårdsexpeditionen.

kommunala arbetsvården i Göteborg, som framlagts av Andersson och Morkvist (2). Skillnaden kan åtminstone delvis förklaras av att vi här räknat antalet i realiteten föreliggande och remitterade fall, medan Andersson och Morkvist även räknat med ett beräknat dolt arbetsvårdsbehov.

Försäkringskassan förekommer inte som inremitterande instans, som framgår av tabell I. Det sammanhänger givetvis med att denna institution arbetar genom telefon- eller brevkontakt med olika behandlande organ, men i regel inte själv uppträder som inremitterande instans.

Det är välkänt att arbetsvårdssökande som grupp betraktat utgör ett material som är svårt belastat med kombinerade psykiska och somatiska handikapp (3). Det har därför ansetts motiverat att granska varje patient samtidigt ur somatisk och psykiatrisk synpunkt. I tabell II har det som arbetshandikapp dominerande somatiska och psykiatriska sjukdomstillståndet registrerats för hela materialet. Det bör också anmärkas, att många patienter har flera somatiska och/eller flera psykiatriska handikapp, men att endast det som ansetts vara dominerande har medtagits för överskådlighetens skull.

Ingen patient var helt utan sjukdom eller insufficiensstillstånd. I runt tal 60 % av hela patientmaterialet befanns ha kombinerat somatiskt och psykiatriskt handikapp. Ännu en gång påvisas således den sociala insufficiensens mångfacetterade bakgrund.

Siffrorna i tabell III visar även en kvantitativ vinst av förprövningsavdelningens verksamhet, som kommit den statliga arbetsvården till nytta. 93 av 203 patienter kunde sålunda anvisas ett annat alternativ än arbetsprövning eller träning och 31 fall kunde gå direkt till träning utan att passera prövningsavdelningen.

Det är uppenbart, att enda möjligheten att förhindra köbildning med de begränsade arbetsvårds-

I runt tal 60 % av hela patientmaterialet befanns ha kombinerat somatiskt och psykiatriskt handikapp.

resurser som nu finns, måste vara att de under en viss tidsperiod identifierade arbetsvårdsfallen får konkurrera om de under samma tidsperiod tillgängliga resurserna för kommunal arbetsvård, därigenom att prioritering görs. Det medför orättvisa i enskilda fall därför att antalet arbetsvårdssökande varierar under olika perioder. Man måste acceptera att vissa fall konkurreras bort från den arbetsvårdsåtgärd, som med bättre resurser hade varit mest adekvat. På grund av den bristande tillgången till kvalificerad arbetsprövning har detta hittills ofta inneburit, att en alltför stor mängd patienter rekommenderats skyddat arbete. Den skyddade verksamheten har härigenom också ofrivilligt fått åta sig många fall av praktisk arbetsprövning.

Skulle den fria remissrätten småningom medföra att förprövningsavdelningen ej klarar sin uppgift, kan urvalsproblemet lösas med en utökning av resurserna för denna avdelning. I diskussionen beträffande hithörande problem har man bl. a. ansett, att avdelningen utgör en alltför exklusiv gallringsinstitution och att en grovgallring skulle kunna utföras av t. ex. en erfaren arbetsvårds-

läkare tillsammans med en arbetsvårdstjänsteman, som fick hänskjuta så många fall till förprövningen som denna avdelning kan handlägga. Båda lösningarna förtjänar att prövas, den senare kanske först med hänsyn till bristen på kvalificerad personal.

Sammanfattningsvis kan sägas, att ett granskningsförfarande, baserat på insatser från ett flertal specialister från olika fält inom arbetsvårdsområdet, har visat sig vara en principiellt riktig väg att lösa differentieringsproblemen inom arbetsvårdens yrkesmässiga rehabilitering under nu rådande resursknapphet.

REFERENSER

1. *Gisslén, A. och Svahn, G.:*
"Helhetssyn och samordning ger bättre arbetsvård."
Socialmedicinsk tidskrift 1969, 46:396—400.
2. *Andersson, T. och Morkvist, L.:*
"Behovet av kommunal arbetsvård i Göteborg — en inventering."
Socialmedicinsk tidskrift 1969, 46:363—370.
3. *Cronholm, B.:*
"Psyiska och somatiska arbetshinder. En undersökning av en grupp svårplacerade och svårbedömda arbetsvårdsklienter."
Stencil, 1961.