

Skyddad verksamhet, aktivitetscentrum eller vad?

En stor minoritet av befolkningen kännetecknas av någon form av handikapp. Utvecklingen inom arbetslivet har medfört att denna s. k. marginella arbetskraft i stigande utsträckning rationaliseras bort. Vissa överväganden tyder på att upp mot tio procent av landets befolkning kan komma i farozonen för en sådan bort-rationalisering. En lagstiftning, som ålägger arbetsgivarna att anställa och i arbete behålla handikappade med låg produktionskapacitet kan i ett sådant läge bli aktuell.

Sannolikt kommer vi i framtiden att dessutom behöva både skyddat arbete och aktivitetscentra. Dessa bör dock byggas ut med största försiktighet och reserveras för personer, som av ytterst påtagliga skäl inte kan placeras på våra sedvanliga arbetsplatser.

Einar Helander är överläkare vid Stockholms läns landstings arbetsträningsinstitut i Edsberg.



Einar Helander

Debatten i vårt moderna samhälle har under senare år inriktats på en rad företeelser där man diskuterar om själva samhällsutvecklingen i sig bär eller kan bära ansvaret. I blickpunkten har särskilt kommit problemen rörande alkoholmissbruk, miljövård, narkomani, brottslighet m m. Det är ett slående faktum att stegringen i välstånd för den enskilde och eablerandet av välfärdssamhället inte i sig medfört en reduktion av våra sociala problem. I stället har nya sådana framkommit, vilka synes ständigt öka och med dem också vårdproblemen, vilket bidragit till kontinuerlig ökning av vårdkonsumtionen. 1969 beräknas enbart sjukvårdens drifts- och kapitalkostnader komma att uppgå till c:a 8 miljarder kronor. Under senare år har den årliga tillväxten av de nämnda kostnaderna uppgått till 16 % per år, medan nationalbruttoprodukten ökat med c:a 4 % per år. Det är oklart för oss om denna snabba ökning är ett övergående problem i omställningsprocessen från

det industriella till det postindustriella samhället eller om tendensen blir konstant eller ökande i framtiden. Vi vet inte om den tekniska och ekonomiska utvecklingen leder till att man skapar ett ständigt växande vårdbehov. Måhända kan de metoder, som vi nu använder oss av för att stegra bruttonationalprodukten ha direkta skadeverkningar för den enskilde. Men det kan också vara så att vårdbehoven funnits uppdämda mycket länge och att upplysning och ekonomisk jämlikhet bidragit till att riva ner ett motstånd hos den enskilde att ta i anspråk de nu förefintliga möjligheterna för vårdkonsumtion.

En av de väsentligaste frågorna när det gäller storleksordningen av den framtida vårdkonsumtionen är följande. Hur inverkar den tekniska utvecklingen, särskilt den s k rationaliseringsprocessen på möjligheterna att inpassa alla medborgare i arbetsför ålder i arbetsprocesserna? *Vad händer när den marginella arbetskraften filtrerats bort från våra arbetsplatser? Kommer då extra stora behov att uppkomma, t. ex. inom sjukvård och arbetsvård?*

Inledningsanförande vid Medicinska Riksstämman 1969.

Arbetskraven ökar

Vi vet med säkerhet att arbetskraven under senare år ökat i ett accelererat tempo både vad avser utbildning, begåvningsfaktorer, manuell snabbhet och psykisk resistens på ett sådant sätt att allt fler människor i framtiden kommer att dåligt motsvara arbetsgivarnas förväntningar. Man har ett starkt intryck av att denna utveckling sammanhänger med, att planeringen på arbetsgivarsidan relativt ensidigt inriktas på, att man skall ta i bruk endast yngre personer med fullgod utbildning och fullgod hälsa och total avsaknad av handikapp. Detta har redan lett till att åtskilliga personer möter överstigitliga hinder för att överhuvud taget anställas, medan andra får finna sig i att efter kortare eller längre tid i arbetslivet bli föremål för permittering, friställning, avsked eller på annat sätt komma vid sidan av arbetslivet. Jag har ansett det angeläget, att här med några siffror belysa utvecklingen. Enligt en undersökning från AMS av 5.100 arbetstagare, som under år 1968 och första kvartalet 1969 förlorade sina arbeten (ett sample av samtliga friställda) genom företagsnedläggningar, hade endast 2/3 fått nytt arbete vid halvårsskiftet juni/juli 1969. För en del av dem som fått arbete hade endast tillfälliga lösningar ordnats, t ex beredskapsarbeten. Men många av de icke placerade kunde — trots högkonjunkturen — inte i framtiden beräknas klara omskolning eller geografisk förflyttning. Tidigare studier av företagsnedläggningar har givit ungefär liknande resultat.

Vi kan också peka på det faktum att antalet omskolade i början av 1960-talet utgjorde ungefär 10.000 per år men under senaste budgetåret 92.000. Man tänker sig under det kommande budgetåret att öka detta antal till 105.000. Trots denna mycket stora satsning på utbildningsområdet, där man bedömer att inemot hälften av de omskolade utgöres av arbetsvårdsfall, har bortrationaliseringen av arbetskraft icke kunnat uppbromsas. Antalet arbetsvårdssökande som år 1951 utgjorde ungefär 17.000 har kontinuerligt stigit under både 1950- och 60-talet och beräknas under 1970 nå 100.000. Det framgår samtidigt att antalet placeringar i öppna arbetsmarknaden under hela denna

tid varit praktiskt taget konstant, dvs c:a 10.000—15.000 per år (se Tabell 1). Under de senaste 4 åren har märkligt nog, trots en ökad intensitet i satsningen på arbetsvårdsområdet antalet placeringar minskat med nästan nära 4.000. Procentandelen placeringar på öppna arbetsmarknaden har sjunkit från 57,0 % 1951 till 13,6 % 1968.

Tabell 1

Statistik över arbetsvårdssökande

År	Arbetsvårds-sökande	Antal place-ringar på öppna marknaden	% placerade av samtliga
1951	17.413	9.925	57,0
1952	19.138	9.258	48,4
1953	21.242	9.541	44,9
1954	21.989	9.783	44,5
1955	22.950	10.306	44,9
1956	24.169	9.810	40,6
1957	24.852	8.981	36,1
1958	24.873	8.257	33,2
1959	26.758	9.035	34,0
1960	31.359	10.622	33,9
1961	33.486	11.088	33,1
1962	39.222	10.400	26,5
1963	49.663	12.378	24,9
1964	60.975	14.503	23,8
1965	67.819	15.446	22,8
1966	74.812	14.625	19,5
1967	81.909	12.212	14,9
1968	86.184	11.727	13,6

Samma tendens visar antalet förtidspensionärer. Sedan den nya pensionslagen trädde i kraft har enligt statistiken en tydlig stegring skett för varje år (se Tabell 2). Tabellen börjar vid år 1964 med hänsyn till att ny pensionslagstiftning började gälla 1963.

Tabell 2

Antal förtidspensionärer			
År	Män	Kvinnor	Totalt
1964	73.012	73.486	146.490
1965	75.338	75.287	150.625
1966	80.770	80.115	160.885
1967	84.521	82.627	167.148

Vilka drabbas?

Det kan i sammanhanget förtjäna att något belysas *vilka* och *hur* många de personer är som drabbas av "produktionsrationaliseringen".

När det för det första gäller *vilka faktorer*, som spelar roll kan vi skilja mellan medfödda och förvärvade sådana. Beträffande *medfödda hinder* kan man naturligtvis ta upp sådana skador under den tidiga foster- eller barnutvecklingen som leder till svåra motoriska handikapp t ex i form av Cp eller nedsättning av den intellektuella nivån. 4 % av befolkningen i landet har ett begåvningshandikapp av så stor omfattning att det motsvarar sårskolenivå och ytterligare c:a 20 % har en reduktion motsvarande hjälpklassnivå. Det förtjänar här framhållas, att antalet vårdtagare, som registrerats av omsorgsstyrelser respektive antalet barn och ungdomar som erhållit förkortade kurser i skolsystemet inte uppgår till detta höga antal. Uppenbarligen har en del av dem kunnat erhålla undervisning tillsammans med jämnåriga med normalare intellektuell nivå. Emellertid är denna grupp för framtiden särskilt sårbar på grund av den låga utbildningspotentialen och det faktum att tillkomsten av även mindre uttalade somatiska handikapp längre fram i livet lätt kan leda till förlust av hela arbetsförmågan.

Beträffande *förvärvade handikapp* bör man väl här först nämna att ålder överstigande t ex 55 år medför hos ett icke ringa antal personer en reduktion i den manuella förmågan och även i normalfallet en reduktion av åtskilliga psykiska abiliteter. En annan faktor som man kan peka på är förekomsten av *yrkesskador*. C:a 125.000 personer drabbas årligen av sådana, varav 500 avlider och ett stort antal erhåller bestående svåra kroppsliga skador. Utöver olycksfallsskador uppkommer till följd av produktionsprocessen ytterligare ett stort antal fall av somatiska och psykiska *sjukdomar*. Hur många dessa är kan inte med säkerhet anges, då yrkessjukdomslagen har ytterst snäva gränser.

Utan tvekan är emellertid redan arbetsprocessen för många människor handikappframkallande både ur fysiskt och psykiskt hänseende. Det kan vi-

dare nämnas att de företeelser, som jag nämnde i början av detta föredrag nämligen den ökande förekomsten av sådana psykiska och sociala symptom som alkoholmissbruk, narkomani och brottslighet är arbetshandikappande. Detsamma gäller skador framkallade av en bristande miljövård.

Problemets alarmerande storleksordning

Den andra frågan rör *antalet personer som kan bli föremål för bortrationalisering från våra arbetsplatser*. Jag kan här anföra att CRB i sin utredning 1965 redovisar analyser, som ger vid handen att c:a 20 % av arbetskraften kan betecknas som ur medicinsk synvinkel marginell. Bedömningen är givetvis tidsbunden och därest arbetskraven i framtiden fortsätter att öka *kan man befara, att denna procentuella andel stiger*. Då i dagens läge c:a 3,2 miljoner personer arbetar skulle en framtida friställning av c:a 20 % medföra att 640.000 personer inte skulle kunna påräkna arbete. Om man här till lägger att vi under år 1970 beräknas komma upp i c:a 180.000 förtidspensionärer, kommer vi till att *sammanlagt sålunda 820.000 människor eller c:a 10 % av landets befolkning skulle kunna löpa risk att ställas vid sidan av arbetslivet medan de är i arbetsför ålder*.

Vad kan detta leda till? Vi har ytterst *bristfälliga kunskaper om vad som sker* med personer, som erhåller förtidspension eller annan kontinuerlig inkomst av samhällsmedel och hänvisas till överksamhet i hemmen. På grundval av spridda observationer antar man rent allmänt, att denna sk anpassningsprocess medför för många nedsatt fysisk kondition, nedsatt muskelstyrka, minskande psykisk aktivitet, nedsatt intellektuell funktionsnivå, ökning av antalet depressiva reaktioner och vissa typer av fobier, sänkt självförtroende, frustrationsreaktioner i form av aggression, regression och i många fall negativt förändrade attityder mot familj, andra grupper i samhället och mot staten och samhället i stort. Det antages också allmänt, att personer i arbetsför ålder utan sysselsättning får betydligt ökade sjukvårdsbehov. Man måste också räkna med på allvar, *att en stor minoritetsgrupp i vårt samhälle med personer, som blivit förvägrade sin mänskliga rätt till arbete och kän-*

ner sig kroniskt missnöjda kan komma att bilda en egen politiskt verksam pressure-group.

Det är alltså mycket som talar för, att man av både medicinska, humanitära, samhällsekonomiska och politiska skäl måste försöka uträtta något för de arbetshandikappade. Så har redan skett fastän i mycket ringa utsträckning och jag kommer nu över till en diskussion av några olika lösningar på problemet ifråga.

Tänkbara utvägar

Den första lösningen utgöres av s k skyddad verksamhet. Vid slutet av år 1968 var drygt 21.000 personer placerade i skyddad sysselsättning, varav knappt hälften i av landsting eller primärkommuner drivna skyddade verkstäder. Övriga hade erhållit beredskapsarbete, arkivarbete, hemarbete eller liknande.

Effekten av den skyddade verksamheten är föga känd. Man vet inte ens om kostnaderna för sjukvård inom den skyddade gruppen ökar eller minskar i förhållande till den icke behandlade. Var och en som åtminstone i storstadsmiljö haft att söka placera arbetshandikappade på en skyddad institution har upplevt det stora motståndet från åtskilliga av dem. En skyddad placering innebär, att vederbörande måste acceptera ett lågt socialt status, att han måste inordna sig i en grupp människor, där alla har stora medicinska och sociala svårigheter, där konflikthanledningarna är många och där personalen i praktiken nästan helt saknar utbildning för sitt arbete inom vårdområdet. Lönen för skyddat arbete kommer att inom den närmaste tiden höjas avsevärt. Detta kommer dock inte att medföra någon större ekonomisk lättnad för åtskilliga i storstadsregionerna, då arbetstiden på grund av medicinska handikapp har måst reduceras. I Stockholms stad arbetar enligt en nyligen utförd undersökning endast c:a 45 % mer än halv arbetstid. En framtida utbyggnad av den skyddade verksamheten kommer att bli ytterst kostsam. Mycket talar därför för, att det inte vare sig ur den enskildes eller ur samhällsekonomisk synvinkel är särskilt lämpligt att låta den skyddade sektorn svälla alltför mycket.

Den andra lösningen, som kan diskuteras är anordnandet av s k aktivitetscentra. Dessa skulle inte bli produktionsinriktade och de handikappade skulle där sysselsättas med hobbyverksamhet, fysisk träning, spel, teater etc. Kan detta vara ett alternativ till den skyddade verksamheten? Vi vet inte det, men det antas relativt allmänt, att ålderspensionärer och vissa psykiskt sjuka skulle lämpa sig för denna form av ersättning för det normala arbetslivet.

En tredje lösning som måste diskuteras är integration av de handikappade på de normala arbetsplatserna. En sådan lösning har ju diskuterats i många år, men hittills avvisats av de styrande i samhället. Man har framför allt pekat på, att man inte anser sig kunna bromsa den tekniska och ekonomiska utvecklingen genom att arbetsgivarna ålägges att i produktionsprocessen använda sig av handikappade i större omfattning, vidare på att strukturomvandlingen i samhället är så snabb att redan nu c:a 1/2 miljon människor årligen byter arbete. Från arbetsgivarhåll har det också klart deklarerats, att man inte ser det som sin uppgift att ombesörja vård av arbetshandikappade på arbetsplatserna emedan detta skulle kunna inverka menligt på produktionen.

Möjligheter till integration

Jag tror emellertid att det är nödvändigt att man ändå till slut utreder möjligheterna för en sådan integration. I de kommande 5 punkterna har jag sökt samla synpunkter på integrationstanken.

Den första förutsättningen för integrationen är då, att man reducerar de företeelser inom produktionslivet, som i sig verkar nedbrytande. Man måste också öka insatserna för arbetarskydd både i kroppslig och psykisk bemärkelse. Med ett modernt uttryck: Arbetsplatserna måste bli "terapeutiska". Detta betyder fler tekniska hjälpmedel för de somatiskt och psykiskt handikappade på arbetsplatserna och framför allt ett ändrat psykologiskt klimat och ett målmedvetet arbete på att ändra attityder mellan arbetsledning och arbetstagare.

För det andra kan man framhålla, att kostnaderna för "vård" av de arbetshandikappade, som ställts utanför arbetslivet, sannolikt blir mindre

stora om vederbörande kan på något sätt integreras i produktionen. Kostnaderna *får under alla omständigheter betalas av oss alla, alltså primärt från våra produktionsresurser.*

För det tredje måste man ha klart för sig att alternativet att bygga ut skyddad verksamhet och aktivitetscentra kommer att medföra en *uppdelning av människorna i arbetsför ålder i vårt samhälle i två läger.* Den ena gruppen av dem kommer att få delta i vad vi brukar kalla "ett normalt liv" och får sålunda arbeta på vanliga arbetsplatser. Den andra hänvisas till en vårdinstitution av något slag. Man måste ha klart för sig, att det faktum att en person får en vårdstämpel på sig, medför att vederbörande blir medveten om, att han *har ett lägre värde än andra i samhället.* Detta värde kan inte förgyllas ens om vederbörande får vistas omgiven av den elegans, som ibland kännetecknar våra kommunala vårdinstitutioner.

För det fjärde måste man ha klart för sig, att enbart vetenskapen om att samhället ordnar vad jag vill kalla för "avstjälningsplatser" för sådana människor, som genom produktionsprocessen eller genom andra företeelser i vårt moderna samhälle blivit handikappade, kommer att *konservera och på sätt och vis legitimera våra nuvarande missförhållanden.* Det finns ju ingen anledning, att låta bli att fortsätta med den hittillsvarande utvecklingen, vilken har visat sig slita ner arbetskraften, om man fortsätter att bygga skyddade verkstäder och aktivitetscentra, för dem som blir handikappade genom *ex produktionsprocessen,* och som arbetsgivarna vill bli kvitt.

För det femte måste man också inse, att om arbetsgivarna blir tvungna att ta hand om de handikappade, så tvingar man också fram en förändring av våra arbetsplatser, som i det långa loppet kommer att medföra, att arbetsplatserna anpassas efter den arbetskraft som man i realiteten har att sysselsätta, dvs en icke föraktlig andel med personer, som är handikappade ur ålderssynpunkt, på grund av utbildningsskäl eller av medicinska och sociala orsaker.

Sammanfattningsvis kan man framhålla, att allt sannolikt talar för att man i framtiden kommer att behöva både skyddat arbete och aktivitetscentra.

Utbyggnaden av skyddat arbete och aktivitetscentra bör emellertid ske med största försiktighet och platser inom sådan vård bör reserveras för personer som av handikapptekniska eller andra ytterst påtagliga skäl inte kan inrymmas på våra sedvanliga arbetsplatser. Därest arbetsrationaliseringen leder till, att omfattande grupper av den storleksordning jag tidigare nämnt ställes utanför arbetslivet, blir man tvungen att ta upp en utredning, ledande till en lagstiftning, som ålägger arbetsgivarna att anställa och i arbete behålla handikappade med låg produktionskapacitet. Till ett sådant åläggande kan givetvis knytas någon form av ekonomisk ersättning. En sådan reform, ehuru ovälkommen för somliga grupper i vårt samhälle måste anses vara väsentlig på så sätt att den kommer att innebära den trygghet till arbete, som vi idag i vårt välfärdssamhälle faktiskt saknar för stora grupper av vårt folk.

Frågan om bibehållandet av paragraf 32 i avtalet mellan SAF och LO debatteras livligt i dessa dagar. Vad dagens diskussion aktualiserar, är bestämmelsen om arbetsgivarens rätt att fritt anställa och avskeda arbetstagare. Det har av min ovan lämnade redogörelse framgått, att de arbetstagare som råkar i farozonen på grund av tillämpningen av paragraf 32 är de handikappade — de som till följd av medfödda eller förvärvade fysiska, psykiska eller sociala arbetshinder inte kan få eller behålla en anställning. Det har också framgått att denna grupp arbetshandikappade är under stark tillväxt. Det faktum att denna grupp i ökande omfattning ställs vid sidan av arbetslivet leder så vitt vi kan förstå till ökade vårdkostnader. Det är min bestämda uppfattning, att de medel vi nu har för att ta hand om de arbetshandikappade inte är tveklöst de lämpligaste utan att deras värde kan starkt ifrågasättas eftersom de i sig själv går ut på en institutionalisering och segregation av en stor grupp medborgare. Konsekvenserna av paragraf 32 har måhända inte tidigare stått alldeles klara för de agerande parterna på arbetsmarknaden. Från medicinsk synvinkel kan det emellertid konstateras att de rimmar illa med alla övriga ansträngningar för den eftersatta handikappgruppen.