

Är rehabilitering lönsam?

7—11 september 1969 arrangerade ISRD:s världskommission för den yrkesinriktade rehabiliteringen ett seminarium om ekonomiska aspekter på denna rehabiliteringsverksamhet. Seminariet ägde rum i Galway på Irland, dit 40 länder hade sänt 86 deltagare; dock inga ekonomer av facket, vilket gjorde att endast vittnesbörd från de "frälsta" förekom.

Från Sverige deltog förste byråsekr. Torbjörn Sundqvist. Han svarar för kontakterna med nordisk och utländsk arbetsvård på Arbetsmarknadsstyrelsens arbetsvårdsbyrå. Han är också svensk representant i AWR — Association for the Study of World Refugee Problems.



Torbjörn Sundqvist

Länder, vilka liksom t. ex. Irland har ett ganska utvecklat rehabiliteringssystem har speciell anledning att uppmärksamma arbetsvårdens ekonomiska roll förklarade Erskine Childers, den irländske hälsovårdsministern, samtidigt som han underströk att målsättningen primärt är humanitär, och att ekonomiska överväganden som inte har detta i sikte är oacceptabla. Den medicinska bedömningen av fysiska och psykiska handikapp spelar stor roll i diskussionen av ekonomiska faktorer — t. ex. socialbidrag och pensioners — inverkan på den handikappades vilja att genomgå yrkesutbildning, anta nytt arbete etc. För dem som måste beredas skyddad sysselsättning och särskilt för de långtidsvårdade psykiatriska fallen och de mentalt handikappade har en betydande utveckling av servicen föreslagits av de kommittéer som på Irland nyligen utrett problemen.

En irländsk länsläkare gick mera än sin högste chef in på vilka problem landet står inför och förhoppningarna att via seminariets diskussioner få vissa anvisningar för deras lösning. Dit hör de brant stigande kostnaderna för hälsovården — från £ 16 m till £ 50 m på 10 år. Under samma tidsrymd har bruttonationalprodukten emellertid ökat med 50 %, och man har beslutat satsa på

hälsovård och rehabilitering i förhoppningen att resultatet skall visa sig i ökad produktivitet.

Irland har litat till frivilliga organisationer, som i sin tur får häpnadsväckande låga bidrag av myndigheterna för sina patienter eller utbildningsfall. Rehabiliteringen började för endast någon generation sedan med tuberkulösa och därefter med poliooffer.

Den äldsta och största organisationen, The Rehabilitation Institute, startade 1949 och har hittills utbildat och placerat 2.800 personer i arbete. De ekonomiska tillgångarna — genom insamlingar, lotterier och försäljning av tillverkningar — har under dessa 20 år uppgått till £ 670.000. Under de senaste 6 åren har kommunerna lämnat bidrag. Kostnaden per fall uppgår till £ 200 och denna summa inkluderar investeringarna i institutioner. Bättre än beskrivningar av organisationens skolor för handikappade vittnar denna siffra om den knapphetens kalla stjärna som fortfarande lyser över Irland.

Någon rehabiliteringslag i stil med den engelska finns inte på Irland. En länsläkare får samarbeta med de frivilliga organisationerna för att få dem att ta sig an patienter som behöver arbetsvård, liksom han måste försöka göra privatpraktiker

och sjukhusläkare rehabiliteringsmedvetna. Ett vittnesbörd om bristen på sådant medvetande och sådana resurser är förlängda sjukhusvistelser, som kan illustreras med några siffror från WHO.

	Bäddar pr 1.000 inv. (akutsjukhus) pr	Korttidsinlägg- ningar 1.000 inv.	Genomsnittlig vistelse, dagar
Sverige	6,7	127,0	12,5
Irland	6,55	104,6	16,8
USA	4,4	134,0	7,7

På motsvarande sätt skulle en utbyggnad av den yrkesinriktade rehabiliteringen kunna medföra väsentliga besparingar genom att flytta över en del personer, som uppbär socialvård eller invaliditetspension till produktiva sysselsättningar, även om man samtidigt måste räkna med ett motstånd mot rehabilitering, beroende på landets låga lönenivå och en permanent arbetslöshetssiffra av 50.000—60.000, som inte ens emigrationen kan råda bot på.

Rehabilitering i väst . . .

För 5—6 år sedan var den irländska mentalsjukhuspopulationen 20.000. Antalet har nu sjunkit till 14.000, och det är åter till arbetsvärden man ställer sina förhoppningar när det gäller att få en del av denna självförsörjande. De större mentalsjukhusen har — efter Bristols exempel — startat Industrial Therapy Units. Skall resultatet enbart tillskrivas dessa eller programmen för dagvård för yrkesutbildning etc., eller skall man våga anta att en mera naiv rehabiliteringsuppfattning numera ersatts av den idealistiskt-kristna som en ledande irländsk psykiater, prof. I. Browne, advocerade som realism i sysselsättningsfrågan? På sjukhusen vistas bl. a. stora skaror av människor som på grund av brister i utbildning och intelligens aldrig klarat en självständig tillvaro utan byggt upp en fantasivärld till skydd mot verkligheten. De utgör en restkvot, och om en undermedicin fullständigt botade dem i morgon, skulle de ändå inte kunna förtjäna sitt uppehälle eller skaffa sig vänner. Kan då inte en avskrivning eller "warehousing of human beings" försvaras ur ekonomiska synpunkter? När man ser hur människorna deteriorerar på institutionerna blir logiken

ihålig. Endast om samhället prioriterar ekonomisk tillväxt, turism och industriell produktivitet framför alla andra värden kan man avskriva dem som inte passar in och är improduktiva. Men också ur produktivitetssynpunkt kan man fråga vad som är den främsta tillgången. Om svaret — vilket inte är orimligt i ett kristet samhälle — blir att det är den enskilda människans personlighet följer därav, att det *inte* lönar sig att avskriva någon, vare sig mentalsjuk, utvecklingsstörd, fysiskt handikappad eller helt enkelt gammal, utan att man i stället måste söka vägar att mobilisera varje människas potential så långt som möjligt. Rehabilitering i denna mening gör begreppen sjukdom och bot inadekvata. För en stor del av mentalsjukhusens innevånare gäller det att ge en grundläggande skolning för livet och den utbildning som krävs för att sköta ett jobb för första gången — inte helt enkelt "omskolning". För många, t. ex. de äldre, kan inte målet sättas högre än skyddat arbete, men andra kan helt integreras i samhället. Detta är inte bara en uppgift för psykiatrisk- och rehabiliteringspersonal — dess storlek nödvändiggör en samhällelig kraftsamling. Vi måste sluta påstå, att patienten efter läkarbehandling är botad och "lika bra som alla andra". Vi kommer ingen vart, om vi inte ser psykiatrisk behandling och psykoterapi, personlighetsutveckling, skolning och yrkesutbildning eller rehabilitering som en kontinuerlig och nästan cirkulär process. Att bygga en rad av anpassade trappsteg från sjukhuset till vanligt liv kräver solidaritet och hjälp av oss alla. Mentalhälsovårdsföreningar spelar på Irland en stor roll — arbetsgivare som deltar kan t. ex. bättre än läkarna ge råd om terapeutiska verkstäders drift och ekonomi, och patienterna blir inte så avhängiga av lekmännen.

. . . och i öst

Från Bulgarien anförde prof. Berlogea också siffror på vad en vidgad syn på rehabiliteringen betyder. Fram till år 1955 bedömde medicinsk-administrativa kommissioner från sjukförsäkringen invaliditetsfall samt sjukskrivningar över en månads varaktighet. Numera har man kommissioner för prövning av arbetsförmågan med en all-

sidigt utbildad rehabiliteringsspecialitet i spetsen, en specialist på patientens sjukdom, en företagsläkare och en socialkurator. Detta socialmedicinska team är integrerat i den allmänna organisationen för hälsovård, som bundits till lasarett. Därigenom har man eliminerat spänningen mellan läkarkåren, sjukförsäkringsadministrationen och förmånstagarna. Ett annat resultat är, att av förtidspensionärerna 30 % kunnat återgå till arbetslivet, ja, t. o. m. 50 % sedan kommissionernas läkare specialutbildats i arbetsprövning och rehabilitering. Genom att staten åtagit sig det direkta ansvaret för social trygghet bestämmer läkarna numera sjukbidragen (under fackföreningarnas kontroll och administration) och sjukvårdskostnaderna (ur statsbudgeten), samtidigt som en dyrbar sjukförsäkringsadministration inbesparats.

”Karakteristiskt för den nya läkarvårdslagen är, att den täcker alla fysiska, psykologiska och sociala aspekter på sjukdom ävensom alla sociala behov som sammanhänger med patientens yrkesmässiga och sociala återanpassning.”

På ett för öststaterna typiskt sätt framhäves profylaxen. Företagsläkaren har sålunda till uppgift att svara för anpassningen av arbetsprocessen till arbetarna och tillämpa ergonomiska principer, speciellt för handikappade, medan sjukvården är dispensär- och sjukhusläkarnas sak. Fall som nödvändiggör över tre månaders sjukskrivning remitteras till distriktsläkaren-rehabiliteringsspecialisten, som avgör fortsatt sjukskrivning eller pensionering, prövar arbetsförmågan och lägger upp rehabiliteringsprogram.

Statistiska studier vid Institutet för arbetsprövning och rehabilitering uppges ha visat att rehabiliterade är fullt jämförbara med icke-handikappade i fråga om arbetsutförande, samt att de som genomgått yrkesskolor för invalider anpassar sig lika snabbt till arbetet som andra. Att pensionen kan fortsätta att utbetalas sedan utbildning eller arbete anvisats den handikappade är ett starkt stöd för rehabiliteringen, likaså den regelbundna medicinska efterkontrollen.

Ett annat sätt — kooperativer

Medan Bulgarien betonade värdet av en enhetlig,

statlig rehabiliteringsorganisation framhöll Polen effektiviteten av sina kooperativa verkstäder för invalider, och ILO är benäget att anse dessa som exempel att efterfölja för utvecklingsländerna. Från en blygsam början under mellankrigstiden har Förbundet för invalidkooperativer numera ansvar för över 400 ekonomiskt aktiva kooperativ, vilka sysselsätter ca 120.000 handikappade därav 5.000 svårt och 19.000 hemarbetare. Funktionen är både social och ekonomisk och omfattar:

- a) yrkesinriktad rehabilitering och förvärvsarbete för handikappade,
- b) social och medicinsk omvårdnad samt kultur- och utbildningsverksamhet för medlemmarna och deras familjer,
- c) ekonomisk verksamhet.

Produktionen hade (1965) ett bruttovärde av ca 11,5 miljarder zloty, och nettovinsten var 7 %. Den var mångsidig och innefattade även service, detaljhandel och matservering. Kooperativerna bidrar till nationalinkomsten, tjänar både hemmamarknaden och exporten. Koordineringen av ekonomiska funktioner och rehabilitering planeras med syftet att ge medlemmarna effektiv rehabilitering till lägsta kostnad och samtidigt skapa ekonomiska vinster. Detta ernås genom att förberedelser, prövning och specialutbildning sker inom ramen för produktivt arbete. Kooperativerna är ekonomiskt specialiserade på lätta, för handikappade lämpliga arbetsuppgifter. Staten har givit dem monopol eller prioriteter på vissa tillverkningar resp. service som har en fast marknadsefterfrågan och är tillräckligt varierade för att innebära så många olika arbetsuppgifter som möjligt. Exempel på produktionsmonopol är bors- tar, skydds- och sjukhuskläder, plastbehållare samt service-uppgifter som vakttjänst, arkivering etc., vilka är förbehållna medlemmar av invalidkooperativer. Andra resurser som staten ställer till förfogande är prioritet i fråga om råmateriel, verktygsmaskiner och teknisk utrustning, skattelättnader samt 50 % reduktion av räntan på investeringslån. 20 % av socialförsäkringspremierna återbetalas till kooperativerna för att användas till utveckling av läkarvårds- och rehabiliteringsresurser för medlemmarna. Ett kooperativs finansiella

tillgångar innefattar reservfond och en andel av en kapitalfond, till vilken medlemmarna bidragit med andelar motsvarande 1—3 månaders inkomst. Medlemmarnas ekonomiska ansvar är begränsat till denna andel, som tas i anspråk först om förlusten ej kan täckas från reservfonden. En investeringsfond svarar för uppkommande kapitalbehov, medan en social- och rehabiliteringsfond finansierar sådan verksamhet. Den senare fonden, som ofta är avsevärd, härrör från arbetande kapital, motsvarande 5 % av lönefonden, från medlemmarnas inbetalningar, motsvarande 1 % av inkomsten, från skatteåterbäring samt anslag från huvudorganisationen. Lönerna bygger på kollektivavtal samt andel i vinsten. Den ekonomiska utvecklingen av invalidkooperativer har otvivelaktigt till stor del berott på en generös statlig hjälp. Men det hävdas att de skulle, även utan sådan hjälp, vara ekonomiskt framgångsrika.

Att alla problem inte är lösta i Polen, därom vittnar en slutsats i en studie (av Bejnarowicz, Pilinow och Sokolowska: "The Social Rehabilitation of Invalids" i Studio sociologiczne, nr 2, 1967) "Ekonomisk stimulans spelar en mindre betydande roll i rehabiliteringsprocessen då förtidspensioneringen, förutsatt att den handikappade nöjer sig med existensminimum, inte uppmuntrar till deltidsarbete eller egna bidrag till försörjningen."

Paraplyer — t. ex.

U-länderna har inga fonder att möta de handikappades sysselsättningsbehov med, och en överbeskyddande familjeställning och lokala traditioner har gjort att de inte tagit del i det ekonomiska livet. Men med nya idéer om behovet att skapa sysselsättningsmöjligheter för snabbt ökande befolkningar urholkar man gamla seder och vanor. Självständigheten har medfört, att regeringarna har fått en ny känsla av ansvar för att förbättra levnads- och arbetsstandarden för hela befolkningen. Man är nu villig att skapa sysselsättningsprogram även för handikappade, i synnerhet om dessa kan bli självförsörjande och anpassade till de ekonomiska utvecklingsplanerna.

ILO:s arbetsvårdsprogram för utvecklingslän-

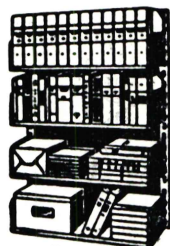
derna koncentreras nu på att skapa sådana sysselsättningsmöjligheter. Dess erfarenhet hittills är, att de mest framgångsrika och ekonomiska projekten ligger i skyddade verkstäder som en form av småindustri. Ett paradexempel är den paraplytillverkning som en ILO-expert hjälpt till att starta i det regniga Etiopien, och som i motsats till många västerländska sysselsättningsprogram går med avsevärd vinst. 200 handikappade med familjer, därav 50 blinda och 16 döva, har kunnat lämna kommunala tiggarcentra och blivit självförsörjande. Samtidigt får staten stora inkomster från denna industri och stöder den genom tullar på importerade paraplyer.

ILO har också nya budskap till I-länderna. Ergonomisk forskning har visat, att genomsnittskostnaden för att anpassa ett arbete till en handikappad är lägre än genomsnittskostnaden för rekrytering och introduktionsutbildning av en ny arbetskraft; här till kommer arbetsanpassningens allmänna lönsamhet genom att den ökar tillgången på arbetskraft och att en skolad handikappad behålls inom företaget.

De många existerande lösningarna på handikappades sysselsättningsproblem som framlades visade, att framgångsrika metoder finns att nå en sund ekonomisk utveckling till nytta för alla parter. Men också att betydligt grundligare studier av kostnadsintäkt problemen erfordras.

HYLLOR

praktiska
konstruktioner
för kontor
arkiv
bibliotek
butiker
laboratorier
privatinredn.



Sparings

Försäljningsavd.:

KARLAV. 89 - STOCKHOLM Ö
Tel 67 36 50, 67 76 75, 67 76 81