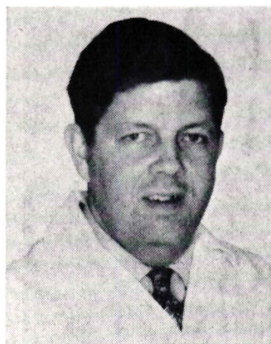


Rehabiliteringsläkaren, terapeut eller kontrollant?



A. Chr. Gogstad

Så länge hälsomässigt handikapp är en av de enda accepterade orsakerna till att ej fungera socialt, så länge social- och försäkringslagstiftningen vilar på bestämda normförankrade principer och så länge de rehabiliterande behandlingsmetoderna bygger på samma principer — måste rehabiliteringsläkaren arbeta inom ramen för två motstridande och sönderslitande roller: som hjälpare och kontrollant.

Författaren, med. dr. A. Chr. Gogstad är överläkare vid rehabiliteringskliniken, Regionsjukhuset, Linköping.

Handikapp och rehabilitering — flertydiga begrepp

Handikapp är inget entydigt begrepp. Det kan betraktas från rent medicinsk synvinkel och uppfattas som ett funktionsförringande i relation till den friska organismens prestationsmöjligheter. "Handikapp" kan också betraktas från social synvinkel och uppfattas som ett arbetsmässigt socialt insufficiensstillstånd, och som sådant ett socialt problem. Vi har informationer som tyder på, att handikappade i denna mening på väsentliga punkter avviker från den "socialt fungerande normalbefolkningen". Dessa avvikelser gäller utöver hälso- tillståndet i hög grad också för andra personliga förhållanden och yttre omständigheter i levnadsvillkoren. Vi finner liknande skillnader i behandlingsbegreppens innebörd: Å ena sidan de rent medicinska rehabiliteringsåtgärderna som syftar till kompensation eller lindring av fysiska funktionshinder, å andra sidan rehabilitering med yrkesmässig och social målsättning som syftar till ändring och stabilisering av den handikappades livssitua-

tion. Rehabiliteringssträvandena bygger på vissa odiskutabla normförankrade premisser om att "det är bäst att försörja sig genom eget arbete". Mycket av vår social- och försäkringslagstiftning vilar på sådana premisser. De är också hållfasta, om de accepteras av de handikappade själva.

Ökande klyfta mellan mål och realiteter

Rehabilitering med yrkesmässig och social målsättning har blivit svårare under senare år, trots medicinska och tekniska framsteg för handikappade. Institutionsrapporter, offentliga statistiker etc. tyder på, att det finns en betydande frekvens av resultsatbrister bedömda utifrån målsättningen: Integrering och normalisering inom produktions- samhället. Följer man t. ex. siffrorna för inskrivna vid den svenska arbetsvården under åren 1961—67 ser man, att det har skett en ökning från 33.000 till närmare 82.000 personer. Orsakerna kan dock vara flera, bl. a. 1962 års försäkringsreform med försäkringskassornas skyldighet att spåra upp rehabiliteringsfall, bättre kännedom om resurserna

och därmed högre efterfrågan. Också ackumulerade fall är inräknade i dessa siffror. Å andra sidan har frekvensen av arbetsplacerade på öppna marknaden sjunkit från 33,1% år 1961 till 14,9% år 1967. Avskrivna, ej aktuella fall har dock procentuellt hållit sig på ungefärligt detsamma under dessa år. Arbetsmarknadspolitiska åtgärder har emellertid verkställts för ett allt större antal arbetsvårdssökande. Även om en del personer som anses inaktuella för arbetsvården har klarat av sina arbetsproblem själva, är det otvivelaktigt en ökande klyfta mellan omfånget av sökande till denna sociala serviceorganisation och "lyckade fall" i ideologisk bemärkelse — utifrån den yttersta målsättningen: utplacering och stabilisering i normalt arbetsliv. "Normaliseringen" är det ideologiska innehållet i all rehabiliteringsmålsättning oberoende av nivån. Verkligheten tycks idag distansera sig alltmer från idealen.

Ökande rehabiliteringsmotstånd

Rehabiliteringsinstitutioner tycks få ett ökande antal personer remitterade till sig som inte omedelbart accepterar premisserna om att det bästa är att försörja sig genom eget arbete. Det är personer med motvilja mot rehabiliteringsförsök, med uttalad önskan om försäkring och med passiv inställning till normal arbetsinsats. Vem är då detta? Det är bl. a. de som inte kan tillmötesgå utbildningskraven, klara av konkurrensen, omställning och flyttning och som brister i anpassningen till ett urbaniserat samhälle. Det är personer med vissa "naturliga" handikapp, såsom hög ålder och låg intelligensnivå, och som i vårt samhälle ytterligare förstärkes genom tillkomsten av kroppsliga defekter. Det är personer som har besvikelser, ouppfyllda ambitioner, svårigheter i familjesituationen, tillstånd som hos många människor kan skapa grogrund för sociala insufficientstillstånd. Det är slutligen de som förtvinar i andlig betydelse genom brist på möjlighet till personlig utveckling. Det är de som protesterar eller ger upp. Dessa personer är inte sjuka i sjukförsäkringslagstiftningens betydelse, ej heller invalida enligt lagen om allmän försäkring. Möjligen är de inte ens värdiga hjälp av socialvård. Många av dessa personer förses

ändå med medicinsk stämpel, eftersom sjukdom och invaliditet är en av de få accepterade orsakerna till att ej kunna fungera socialt. En sådan stämpel ger också vissa ekonomiska rättigheter. Rehabiliterings- och sociala hjälpåtgärder med sikte på att pressa handikappade i denna betydelse in i en produktionsroll där han varesig ej är önskad eller själv önskar höra hemma, där han utbjuder sina sista krafter utan överskott till fritidsaktivitet och glädje är inte någon rehabilitering och har förfelat sitt syfte som social hjälpåtgärd. Hotande nöd kan sannolikt för några med ett visst konstitutionellt överskott stimulera till arbetsinsats, men sannolikt skapar en sådan situation oftare modlöshet och försenar rehabiliteringsprocessen. För många patienter kan då beviljande av pension betyda trygghet till sinnet, en trygghet som behöves för att frigöra den psykiska energi som är nödvändig för en viss produktiv arbetsinsats inom ramen för den arbetsförmåga och de möjligheter som i realiteten finnes. Beviljande av sjukbidrag eller annan försäkring kan i sådana fall i själva verket också uppfattas som en väsentlig och värdefull rehabiliteringsåtgärd. Fysisk träning, ökad utbildning och bättre väglednings- och förmedlingsmöjligheter är otillräckliga som sociala justeringsåtgärder för handikappade. Det är också nödvändigt att skapa arbetstillfällen, ändra attityder, justera delar av sociallagstiftningen och utföra forskning.

Rehabiliteringsinstitutioner: olikartade och otraditionella

Rehabiliteringsinstitutioner måste uppfattas som en heterogen grupp av institutioner med motsvarande heterogen målsättning i behandling och med olikheter i personalstrukturen. Man har t. ex. å ena sidan rehabiliteringsinstitutioner som har ka-

Rehabiliteringsinstitutioner måste uppfattas som en heterogen grupp av institutioner med motsvarande heterogen målsättning i behandling och med olikheter i personalstrukturen.

raktären av rena industrier, såsom våra skyddade verkstäder där patienter aktivt deltar i en produktionsprocess. Å andra sidan har man rehabiliteringsmedicinska kliniker eller specialinstitutioner med medicinsk ledning, där den rehabiliterade patienten är själva företagets "produkt". Man har arbetsvårdsinstitutioner som intager en mellanställning mellan medicinska institutioner och produktiva företag, där ledningen är icke-medicinsk och läkaren enbart har konsultroll. Slutligen har man den rehabiliterande medicinska behandlingen som försiggår i allmän sjukvård inom kliniker för kroniskt sjukdomsklientel, där målsättningen enbart är en funktionsförbättring av beskedligare art. Inom alla dessa typer av institutioner ter sig den sociala strukturen mycket olika, men gemensamt är ändå, att verksamheten bygger på ett samarbete mellan olika yrkeskategorier och efter ett mönster som avviker såväl från det traditionella sjukhusmönstret som från det traditionella företags-industrimönstret.

Frivilligt och ofrivilligt remitterade patienter

Studerar man patientens eller klientens roll inom rehabiliteringsinstitutionen kan man i princip urskilja två kategorier efter remissförfarande och patientens attityd till institutionen: några patienter kommer för att de själva önskar detta, i hopp om att dels bli botade eller få lindring för kroppsliga besvär i den medicinska institutionen, dels få sina sociala besvär lindrade i den yrkesmässigt inriktade institutionen. Dessa patienter kommer frivilligt och gärna och ställer förväntningar och anspråk på institutionen. Den andra kategorien av patienter kommer för att *andra* önskar detta, särskilt sociala institutioner såsom arbetsvård, socialvård, nykterhetsvård, försäkringskassa etc. Inremitteringsindikationer är ofta ett uttryck för svårigheter i den allmänna livssituationen. Dessa svårigheter ter sig för många av dessa patienter som konflikter mellan människan och samhället. Dessa personer har oftast orealistiska föreställningar om sig själva och sitt tillstånd. De känner sig som offer för social orättvisa. Deras förväntningar till institutionen är negativa, omvänt riktade mot dem som den första kategorien ofta har. För patienterna

själva kan fenomen och symtom som är indikation för inläggning också betraktas som brist på moraliska normer som t. ex. arbetsovilja, social missanpassning, alkoholism etc. För dessa patienter ställer sig frågan om inte en inremittering i en rehabiliteringsinstitution kan tjäna som en social degraderingsprocess. En sådan kan ske genom att patientens placering i rehabiliteringsinstitutionen associeras med de omtalade normavvikelserna. Men den kan också ske genom att de slutligen ofta måste anpassa sig till mera beskedligare yrkesroller, där de personliga insufficienssymtomen emellertid icke har någon relevans men där rang och status sjunker. En patient som är inremitterad av en offentlig instans har ofta den uppfattningen, att detta är en social sanktion, känner sig anklagad om inläggningen bygger på, att han *skall* behandlas även om han inte själv inser behovet härav, och då detta uppfattas av andra såsom liggande i hans eget intresse. Dessa problem är tämligen lika inom alla rehabiliteringsinstitutioner från den yttersta medicinska till den yttersta yrkesmässiga flygeln. De har i grund och botten nära samband med relationerna till det yttre samfund som de skall tjäna.

Behandlingsideologi och personal

Varje institution har en behandlingsideologi. Det är av central betydelse både för personal och trivsel, för institutionens effektivitet och för patienternas anpassning i institutionen att denna behandlingsideologi är klar, klar i sin uformning, klar i sin struktur och klart förståelig och accepterad av personalen. Det är emellertid vidare av betydelse, att den enskilde patientens situation och roll inom institutionen också är klar för behand-

En patient som är inremitterad av en offentlig instans, har ofta den uppfattningen att detta är en social sanktion, känner sig anklagad om inläggningen bygger på, att han skall behandlas även om han inte själv inser behovet härav.

Varje institution har en behandlingsideologi. Det är av central betydelse både . . . för institutionens effektivitet och för patienternas anpassning . . . att denna behandlingsideologi är klar . . . och accepterad av personalen.

lingspersonalen, med andra ord att målsättningen för patientens vistelse vid institutionen är preciserad och uppfattad samt accepterad. Patienten måste å sin sida också ha en klar uppfattning om institutionens uppgifter och personalgruppernas roll i relation till honom själv. Grundvalen för att skapa en sådan enhetlig uppfattning bland personalen bygger på lagarbetsteknik och på skapande av en terapeutisk miljö. Under alla omständigheter måste man räkna med, att rehabiliteringssträvandena starkt kan påverkas genom klienternas inre relationer och kontakter. I en sådan institution måste personalen avklädas några av de väsentligaste symbolerna på värdighet och ståndsskillnad. Läkaren är en central figur som har många roller och förväntningar. Det uppstår lätt för honom motsatser mellan de olika elementen i hans läkarroll och de terapeutiska och administrativa principerna. Bland annat måste rehabiliteringsinstitutioner prestera tjänster också för andra än patienterna, t. ex. för försäkringskassa, arbetsgivare och sociala myndigheter.

Läkaren — terapeut och kontrollant

Rehabiliteringsläkaren måste förutom individuella hänsyn också taga sociala hänsyn. Han måste avväga dessa hänsyn i relation till varandra. Han måste liksom psykiatern, som Yngvar Löchen (1965 "Idealier og realiteter i et psykiatrisk sykehus," Universitetsforlaget, Oslo) uttrycker det: "rätta sin uppmärksamhet mot toleransgränsen mellan miljö och patient". Dessa blir obehagliga uppgifter som andra läkare slipper undan. Detta har återigen samband med att rehabiliteringsinstitutionen är en del av de inrättningar som samhället använder sig av för att taga sig an socialt svåra

personer. Gentemot vissa av dessa patienter kan intet göras annat än att utföra vissa socialmedicinska utredningar och behandla somatiskt med mycket begränsad målsättning. Om ändamålet med vistelsen å kliniken eller institutionen enbart blir en kartläggning och utredning utan uppföljning med behandling, blir läkarens roll mindre betydelsefull, han tjänar mera som kontrollant än som terapeut. Detta accentueras genom att vissa patienter rekryteras genom indirekt tvång. Man har å andra sidan också inom rehabiliteringsinstitutionen tagit med vissa traditionella medicinska symboler, som understryker medicinsk institutionstillhörighet. När patienten blir somatiskt bättre legitimeras t. ex. rehabiliteringskliniken som sjukhus, och i sådana fall får läkaren sin status som läkare bekräftad. Detta är särskilt framträdande i situationen i förhållande till sjukgymnastiken. I allmän somatisk sjukvård är man vanligtvis oberörd av yttre hänsyn och läkaren kan koncentrera sig på sina professionella uppgifter, där hans kompetens ej kan bestridas. "Patienten vänder tillbaka till sin miljö efter avslutad behandling utan att ha förlorat sitt sociala anseende". (cit. Löchen)

Rehabiliteringsinstitutioner är uppbyggda efter mönster av allmänsomatiska sjukhus. Också här medför läkaren relativt hög statusroll. Men de traditionella läkarrollerna är svåra att spela. Då patienten ofta upplever sin sjukdom som konflikt med andra människor och med samhället, kan patienten ha misstanke om att läkaren i själva verket arbetar mot patientens intresse. Läkaren upplevs ej som den professionella hjälparen. Rollerna kan bli oklara. Patienten upplever behandlingsförhållandena som meningslösa, ser inte på sig själv som patient och försvarar sig mot läkarens aktiviteter. Läkaren måste själv koordinera arbete, mottaga information från olika håll som skall om sättas i praktiken, han skall delegera delar av sitt ansvar till andra personalgrupper. Rehabiliteringsläkaren är liksom psykiatern ofta löst från apparatur och standardiserade förfaranden. Han måste kompromissa mellan administrativ rutin och behandlingsideologi. Det kan uppstå kollision mellan de terapeutiska målsättningarna och metoderna och den ram de skall användas i.

Patientens . . . motivation för sjukgymnastik inom rehabiliteringsverksamhet är ofta större än någon annan form av behandling . . .
Arbetsterapin däremot representerar ofta livets hårda bud . . .

Olikartade förväntningar till den övriga rehabiliteringspersonalen

Den övriga behandlingspersonalen har också mycket olika roller. Exempelvis representerar sjukgymnasten den traditionella medicinska kulturen med sin apparatur i nära anknytning till läkarens verksamhet, sina långvariga terapeutiska traditioner som för dessa skapar en gynnsammare utgångspunkt i behandlingssituationen än för andra. Patientens önskan om, och motivation för sjukgymnastik inom rehabiliteringsverksamhet är ofta större än någon annan form av behandling som kan erbjudas. Arbetsterapin däremot representerar ofta livets hårda bud, arbetslivets realiteter och påminner om att det förväntas prestationer av patienten. Arbetsterapeuten tillhör dessutom en relativt ny yrkesgrupp utan säkra traditioner, med osäkra roller och rollförväntningar. Sjukvårdspersonalen är också en heterogent sammansatt grupp som innehåller möjlighet för motsättningar inbördes. Sjuksköterskorna har i sin utbildning och i sina arbetstraditioner relativt fastlåsta uppfattningar om sin egen roll i organisationen, och patienterna har bestämda rollförväntningar till dessa. I rehabiliteringsorganisationen med en friare terapeutisk målsättning kommer ofta dessa i konflikt med realiteter och önskemål. Den underordnade sjukvårdspersonalen, undersköterskor och biträden har ytterligare belastats med att vara nederst i den sociala ranghierarkin inom sjukhuset. På arbetsvårdssidan tillkommer personalgrupper som står fjärran från sjukvårdspersonalen, identifierar sig inte med dessa, tillhör andra yrkesorganisationer och har andra kollektivavtal med huvudmannen. Dessa grupper har ofta fast förankrade uppfattningar om sin egen roll i rehabiliteringssträvan-

dena. Ändå deltar alla i den personliga behandlingen. Detta ökar aspirationsnivån men också den psykiska belastningen på personalen. Patienten kan upplevas som den mäktigaste och personalen som den svagare parten. Terapeutisk brist kan av personalen uppfattas som en mänsklig brist hos dem själva. Här är det inte tillräckligt med utbildning och terapi av personalen, det är också nödvändigt med en modifikation av den yttre ramen av institutionen i många fall.

En normativt förankrad behandlingsprincip

Behandlingspersonalen iakttagar motivationsbrist, passivitet och rehabiliteringsmotstånd hos patienterna. De iakttagar också att deras resurser är inadekvata för lösandet av dessa problem i många fall.

Rehabilitering förutsätter att patienten har vilja till oberoende och vilja till att bli integrerad i samhället. Det förutsätter också att patienten har sina motiv för detta. Detta förutsätter med andra ord, att individen accepterar de sociala och kulturella normerna för oberoende av andra människor och av produktivt arbete som det viktigaste accepterade sättet att tjäna sitt bröd. Men en betydande del av våra patienter accepterar inte dessa normer, varken målsättningen eller vägen att nå den. De kan ha en livsform som de inte önskar ändra på. Det enda dessa patienter önskar är en ökad ekonomisk säkerhet. Utan att acceptera de normativa reglerna för vårt samhälle så är ett försök till rehabilitering med åtminstone social och yrkesmässig målsättning med våra nuvarande metoder dömt att misslyckas. Per Sundby och medarbetare har utgivit en publikation om lösdrivare i Oslo och yttrar där följande: "Vill man ändra en livsstil hos en grupp måste man också ändra de förutsättningar som har skapat denna och som den vilar på samt de materiella förhållandena som bildar grundvalen för den". I debatten om lösdrivare och liknande grupper har bl. a. yttrats en önskan om en mera elastisk fortolkning av invaliditetsbegreppet än den nuvarande. Ett mera flexibelt utnyttjande av förtidspensionsordningarna menas vara berättigat för denna typ av socialt sjuka individer när inga andra acceptabla hjälpmöjligheter finnes.

Läkaren . . . som skall spela dubbelrollen: tillvaratagande av patientens intressen i traditionell medicinsk betydelse men samtidigt vara samhällets kontrollant . . . den sista representanten på "the establishment's" yttersta näs.

Den trånga förtydningen av invaliditetsbegreppet har i sådana sammanhang ofta kritiserats. Problemet är emellertid lika aktuellt för andra, t. ex. för de konjunkturbestämde fallen av arbetsförmåga. Å andra sidan måste en utvidgning av invaliditetsbegreppet och i själva verket också med detta en utvidgning av hela sjukdomsbegreppet få mycket vida konsekvenser för hela sociallagstiftningen och försäkringslagstiftningen och för allt socialt arbete. Även om detta blir genomfört kommer dock inte principerna att ändras. Vi kommer fortfarande att låsa fast social otillräcklighet i ett acceptabelt begrepp: invaliditet. Genom att sålunda stärka och utvidga invaliditetsbegreppet och principerna för beviljande av pension på bestämda premisser om sjukdom, arbetsförmåga, arbetsledighet etc. skulle vi enbart uppnå att konservera ett konventionellt tänkesätt. Det skulle fortfarande betyda, att hjälpen måste bygga på en kvalitativ behovsprövning bestämd utifrån något vidare men ändå konventionellt acceptabla uppfattningar om vad som är behovsorsak. Problemen blir enbart parallellförskjutna ytterligare mot periferien och inte lösta på något radikalt sätt.

Basal inkomstförsäkring och nya rehabiliteringsmål

Det finns ingen gräns mellan sjukdom och hälsa, mellan arbetsförmåga och arbetsförmåga, mellan funktionshämning och produktivitet. Det existerar enbart diffusa övergångar mellan dessa ytterpunkter och de bestämmas i hög grad av andra faktorer i samhälle och miljö än de rent hälsopåverkande. Fenomen som invaliditet, fattigdom, arbetslöshet, social insufficiens, — individuella eller gruppbestämde —, är alltid produkter av per-

sonliga faktorer och miljömässiga villkor. Den yrkesmässiga och sociala rehabiliteringstankens normförankrade grundförutsättningar gäller också enbart inom ett begränsat område. Det tycks tyvärr ha utvecklats sig till en doktrinär princip, acceptabel men ej i samklang med verkligheten. Läkaren blir då den av samhället utsedda tjänstemannen som skall spela dubbelrollen: tillvaratagande av patientens intressen i traditionell medicinsk betydelse men samtidigt vara samhällets kontrollant och förespråkare för de normativa grundsatserna i samhällsideologien, — den sista representanten på "the establishment's" yttersta näs. Denna dubbelroll är sönderslitande. Ett system med en basal inkomstförsäkring för hela befolkningen som ersättning för de olika områden av behovsprövade trygghetsförsäkringar skulle kunna befria läkaren och den sociala behandlingsapparaten i övrigt från det mesta av denna ofta förödande och onyttiga utredningsaktivitet. Man skulle t. ex. kunna tänka sig en konjunkturreglerad arbetsledighetsersättning eller "negativ inkomstskatt". Möjligen skulle då det framtida sociala rehabiliteringsarbetet på allvar förutsättningslöst kunna påbörjas och då med utsikt till rejäl återbäring. Möjligen skulle det då få ett något annorlunda syfte: stimulera välbefinnande, öka kapaciteten för att konsumera och skapa kultur, för social aktivitet inom olika områden, utveckla det praktiska oberoendet av andra människor för äldre och gravt handikappade. På dessa och andra sätt kan vi kanhända medverka till att bättre realisera den enskildes behov av aktivitet och deltagande i samhällsmässiga funktioner, än genom en ensidig stimulering av produktionsaktiviteten.