

JUNI 1965 HÄFTE 6

Social- medicinsk tidskrift

FYRTIOANDRA ÅRGÅNGEN

Skyddat arbete¹⁾

Den viktigaste arbetsvårdande åtgärden är alltså jämt att bereda lämpligt arbete på den allmänna arbetsmarknaden åt de handikappade. Det är dock uppenbart att många partiellt arbetsföra inte kan hävda sig i konkurrensen utan är i behov av särskilda skyddade arbetsformer.

I stor utsträckning bedrivs arbetsträning och skyddat arbete på samma institutioner. I princip är det dock nödvändigt att skilja på dessa arbetsformer. Arbetsträningen skall vara aktiv och helst inom ungefär 6 månader leda till placering i öppna arbetsmarknaden eller annan arbetsvårdsåtgärd. Skyddade fall med låg produktivitet på en arbetsträningsverkstad kan verka hämmande på aktiviteten och dämpa ned rehabiliteringsandan. Man får å andra sidan inte betrakta institutionerna för skyddat arbete som ett slags arbetsvårdens kronikerhem för personer utan möjlighet att någonsin komma ut i öppna marknadens arbetsliv. Även här bör man sträva

efter detta mål i den mån det i det enskilda fallet är realistiskt, men som regel torde utplaceringar endast ske efter lång tids, kanske flera års arbete på verkstaden och i särskilt gynnsamma arbetsmarknadslägen eller när något lämpligt arbete hos en enskild arbetsgivare yppar sig.

Förutom av vissa landsting bedrivs skyddad verksamhet framförallt av primärkommuner, men även av enskilda organisationer och vissa industrier (halvskyddat arbete).

Arbetsmarknadsstyrelsen har med stöd av vissa fältundersökningar i Östergötlands och Skaraborgs län uppskattat att 0,2—0,4 % av befolkningen har behov av arbete i skyddad miljö (inklusive arbetsträning). Motsvarande detta har man talat om ett behov av 20.000 skyddade arbetsplatser i hela landet. 1963 fanns ännu endast omkring 3.250 platser vid verkstäder för skyddad sysselsättning.

Som motivering för att inrätta skyddade arbetsplatser anför Arbetsmarknadsstyrelsen i första hand att svårplacerade partiellt arbetsföra bör

¹⁾ Ur läkarförbundets rehabiliteringsutredning.

beredas möjlighet att efter förmåga göra en produktiv insats och bidra till sin försörjning. Ur läkarsynpunkt måste man framhålla den rent vårdförebyggande eller terapeutiska effekt som långvarigt skyddat arbete också kan ha. För landstingens del har den aspekten fått ökad aktualitet i och med deras övertagande av mentalsjukvården. Man kan också peka på att den nya socialförsäkringens intentioner med differentiering av förtidspensionerna inte kan fullföljas om skyddade arbetsplatser saknas.

På skyddade verkstäder kan man räkna med en produktion av ekonomisk betydelse i något större utsträckning än på arbetsträningsverkstäderna. Vissa erfarenheter t. ex. från England talar för att värdet av produktionen ökar, när verksamheten varit igång en tid. Det är dock uppenbart, att produktionsintresset inte får ta överhand. Samhället måste därför räkna med att lämna betydande tillskott, om verksamheten skall kunna hållas igång. Det ekonomiska resultatet är för övrigt i hög grad beroende av vilket klientel man tagit hand om. CRB har uttalat att skyddade platser bör ställas till förfogande även för svårt handikappade.

Av geografiska skäl torde flertalet skyddade verkstäder i vårt land få sysselsätta handikappade av alla slag. I viss utsträckning kan klientelblandning såsom vid arbetsträningsverkstäderna vara fördelaktigt ur psykologisk synpunkt. Man måste dock ha en sådan avbalansering, att t. ex. psykiskt sjuka, inklusive psykopater och psykiskt efterblivna ej kommer att utgöra en dominerande grupp. Det pågår arbete för att inom eller i anslutning till mentalsjukhusen ordna skyddad verksamhet. Liknande gäller psykopatsjukhuset Karsudden i Katrineholm. Skyddade utarbeten för mentalklientel har också kommit igång på ett par ställen. Läkarförbundet har i sitt yttrande över mentalsjukvårdsberedningens betänkande om specialvård av vissa psykiskt sjuka och abnorma särskilt framhållit vikten av arbetsterapi, eftervård och återanpassning i samhället. Medicinalstyrelsen har lämnat råd och anvisningar rörande skyddat arbete för psykiskt efterblivna. (Att även höggradigt utvecklingsstörda kan intagas i

nyttig verksamhet, finna tillfredsställelse däri och bidra till sin existens framhålles av doktor Pierce Butler på annan plats i detta nr.)

För att arbetet på en vanlig skyddad verkstad skall kunna bedrivas på ett riktigt sätt, och för att de inskrivna inte skall utsättas för ett skadligt produktionstryck, torde det vara nödvändigt, att huvudmännen informeras om vilka slag av handikappade som är aktuella för skyddat arbete och om den helt olika problematik, som är förknädd med olika slag av handikapp. Man kan ju skilja på:

1. Stabilt fysiskt handikapp (polioinvalid, personer med sviter efter engångstrauma).
2. Progredierande fysiskt handikapp eller sådant med oviss prognos (reumatoid artrit, MS m. fl.).
3. Psykiskt sjuka inklusive psykopater och psykiskt efterblivna och
4. Diverse grupper med speciella rehabiliteringsproblem (t. ex. epileptiker, hjärtsjuka m. fl.).

Liksom för arbetsträning gäller för skyddad verksamhet att läkartillsyn är förutsättning för statsbidrag. Närmare föreskrifter om hur den skall ske finns ej.

Eftersom det som regel blir fråga om inskrivningstider på flera år, bör man i den skyddade verksamheten ha regelbunden medicinsk kontroll t. ex. minst en gång årligen, om inte den enskilde av annan anledning kommit till undersökning under denna period. Eftersom klientomsättningen är väsentligt mindre än på en arbetsträningsverkstad kan läkartiden dimensioneras betydligt lägre. Personer i skyddat utarbete, hemarbete eller arkivarbete får ej heller undandragas denna kontroll. Som regel torde läkare vid sjukhusens rehabiliteringskliniker bl. a. av geografiska skäl inte kunna åtaga sig att vara läkare vid skyddade verkstäder. Det är dock nödvändigt att ett samarbete etableras, så mycket mera som intagning på skyddad verkstad i regel kan antas komma att föregås av en tid på arbetsträningsverkstaden i länet eller av arbetsprövning i någon form.