

Några grundläggande förutsättningar i arbetsvården

Stockholms stads arbetsvårdsorganisation är just nu föremål för översyn. Detta sker på basis av gjorda erfarenheter och en utredning, som i sak bekräftat de kritiska anmärkningar som tidigare framkommit. Läkarförbundet har i ett uttalande över nämnda utredning meddelat en rad ur medicinsk synpunkt väsentliga förutsättningar för ett rätt omhändertagande av arbetsvårdsklientelet. Med hänsyn till förestående samordning av sjuk- och pensionsförsäkringen och den avgörande betydelse en utbyggd rehabilitering och arbetsvård kommer att ha i fråga om förtidspensioneringen återges här läkarförbundets yttrande i den mån det kan ha mera allmän betydelse.

"Inom ramen för den gängse sjukvården har så långt man kan minnas ingått som en självklar uppgift för läkaren att så snabbt som möjligt söka återställa den sjuke och skadade till arbete. Sjukdomens och skadans lindriga och övergående natur eller en vällyckad, om ock tidskrävande medicinsk behandling, medför i regel full hälsa eller så ringa men, att normalt arbete kan återupptagas. I fråga om ett i förhållande till huvudparten tillfrisknade ringa antal patienter uppstår emellertid kvarstående men och invaliditeter eller förvärras en kronisk sjukdom eller svaghet som tidigare ej hindrat viss verksamhet så, att annat arbete måste sökas. I detta sammanhang bortses från överåriga och dem som genom sjukdom och skada drabbats av en fullständig och definitiv arbetsförmåga.

All insikt och erfarenhet ger vid handen att arbete och engagering i en verksamhet är nödvändiga betingelser för bevarande av hälsan. Om en människa drabbas av viss invaliditet och förlorar en del av sin arbetsförmåga, kan återstoden förstöras av arbetslöshet. De sjukdomsfall som ej förmått återgå till sitt vanliga arbete och av sina arbetsgivare icke kunnat beredas annan tänkbar sysselsättning, bildade därför under gångna tider en kader av problemfall som i hög grad betungade läkarna.

Förlusten av kvarstående arbetskapacitet betingas psykiskt av en fortgående mental destruktion som tar sig uttryck i diverse hämningar med indolens, passivitet och s. k. arbetsskygghet som följd. Denna mentala insufficiens blir i regel, om den ej behandlas, det dominerande arbetshindret och är ofta mera tidsödande och tålmodskrävande i rehabiliteringsarbetet att övervinna — om

över huvud taget möjligt — än de rent kroppsliga följderna av t. o. m. ett svårt fysiskt handicap. Under årens lopp har hopats ett anseeligt antal av dessa fall. Tillsammans med de schematiskt uppräknade invalidgrupper som i offentliga utredningar brukar betecknas som partiellt arbetsföra ("Blinda och synsvaga, dövstumma och döva, vanföra" etc.) har de kommit att utgöra den depå som den samhällsorganiserade rehabiliteringsverksamheten först haft att omhändertaga. Vid rehabiliteringsbedömningen av de fall som kännetecknas av mer eller mindre invetererade psykiska insufficienser eller somato-psykiska hämningstillstånd är det en mycket svår uppgift för läkaren att i samarbete med övrig expertis inom arbets- och socialvården avgöra på vad sätt och i vilken utsträckning samhällets resurser för en arbetsanpassning i varje givet fall skall drivas. Åtgärder av denna art anses kanske till sist vara medicinskt och socialt ofruktbara. Ur rationell synpunkt kan det vara riktigt att genom ökade insatser påskynda ett avförande från arbetsvården av denna grupp. På längre sikt kan dess fortsatta tillväxt endast förebyggas därigenom, att den samlade rehabiliteringsverksamheten bringas till en sådan kapacitet, att den fortlöpande kan bistå med arbetsberedning för de fall som den aktuella sjukvården kräver. Detta har hittills ej kunnat ske. Av redovisningar som tidigare lämnats rörande svensk rehabilitering och arbetsvård liksom av föreliggande utredning om "Verksamhet och arbetsformer vid den kommunala arbetsvården i Stockholm" framgår det, att personer med neuroser och mentala rubbningar, eventuellt i samband med fysiska sjukdomar och skador, visat sig utgöra huvudparten av klientelet.

Visserligen har redan kommittén för partiellt arbetsföra ("Partiellt arbetsföras problem" — översikt 1949, sid. 55, 56) haft en klar uppfattning om berörda frågor. Kommittén skrev nämligen bl. a.: "Arbetsprövning och arbetsträning torde sålunda ha sin största betydelse när det gäller att återföra svårt arbetshämmade och neurotiserade personer till arbetslivet". — Senare synes emellertid inom stadens förvaltning en bristande orientering och felbedömning av arbetsvårdsklienteletets sammansättning och behov ha gjort sig gällande. En bidragande orsak härtill kan vara den att länder, som tidigare organiserat sin rehabiliteringsverksamhet (Tyskland,

England, USA) och som propagerats som förebilder, i första hand inriktat sig på den stora mängden krigsinvalider från första och andra världskrigen. Klassiska anvisningar som hämtats från dessa länder har i regel gällt "physical rehabilitation" och "vocational training" av somatiska fall. De mentala insufficienserna har dock även ägnats intresse men sidoordnat (exempelvis Roffey Park) och som en *speciell* angelägenhet.

Ett annat missförstånd i fråga om några grundläggande förutsättningar för samhällets åtgärder synes i Stockholm ha gjort sig gällande beträffande arbetsprovning och träning av det uttagna klientelet.

Uppläggning, organisation och igångsättning av de nya arbetsvårdsanordningarna för en stad av Stockholms storlek har varit en maktpåliggande uppgift. I planläggningen har dock stått till förfogande de principiella anvisningar som förelåg genom kommitténs för partiellt arbetsföra förslag. I stort sett har dessa också följts i stadens egen utredning och organisationsplan för arbetsvårdsinstitutionernas uppbyggnad. Uppenbart är emellertid att man, sedan det nya organet kommit i gång bortsett från utredningarnas väsentliga och ofta gjorda påpekanden om arbetsvårds-klientelet's individuella omhändertagande och de tekniskt-ekonomiska produktionsfaktorernas roll i verksamheten. För patienternas-klienternas skull är det en nödvändighet att ansvarig läkarundersökning vid intagning samt fortlöpande läkartillsyn och kontroll vid arbetsbyte och vid utskrivning företages i fråga om *varje* arbetsvårdsfall. Att detta icke skett innebär ett gravt missförhållande till skada för klientelet och verksamheten. Det är också synnerligen anmärkningsvärt, att produktivitetsintresset fått en dominerande plats i arbetsträningen. Dessa förhållanden borde i ett tidigt skede och utan offentlighet ha kunnat rättas. Sedan verksamheten granskats av en sakkunnig utredning är det tillfredsställande och i sin ordning att utredningen principiellt stöder den kritik som förekommit.

Den kommunala utredningen om arbetsvårdsverksamheten klarlägger även den ganska komplicerade organisationen av förvaltningsområdet. Att samordningen med de statliga arbetsmarknadsorganen bjudit svårigheter är tydligt. Det synes förbundet angeläget att arbetsvårdsexpeditionens resurser i fråga om bl. a. medicinska insatser utökas så, att det reella behovet av arbetsvårdande åtgärder mera regelmässigt är klarlagt, innan de kommunala organen övertar klientelet.

Proceduren för inskrivning och utskrivning genom särskilt sammansatt nämnd synes behöva överses i belysning av gjorda erfarenheter.

Utredningsbetänkandets uppgifter rörande arbetsvårdsbyråns verksamhet (kap. III) ger vid handen, att mer eller mindre outhärliga fall intagits på direktremiss till arbetsbyrån. Som på annat ställe i betänkandet påpekas måste detta innebära ett väsentligt och icke förutsett merarbete för byråns tjänstemän inklusive överläkaren. Då klienter intagits, arbetsplacerats eller utskrivits utan medicinskt klarläggande har de utsatts för stora risker och verksamheten förfelat sin uppgift. Betänkandets redovisning (sid. 23) ger vid handen att gällande riktlinjer alltmer satts ur spel, vartill kommer att de s. k. "förhandsbesluten" avgjorts endast av chefen för den sociala sektionen, något som för denne ofta måste ha medfört en kompetensnöd, svår att uthärda.

Avslagsärendena har tydligen handlagts på liknande sätt ehuru de representerar ett klientel i behov av principiellt samma individuella totalbedömning som intagningsfallen.

Det är av intresse ta del av utredningens redovisning för verksamhetens omfattning och resultat. På grund av osäkerhestmomenten i förutsättningarna torde det dock ej vara möjligt att dra pålitliga slutsatser eller att siffermässigt jämföra arbetsvårdsresultaten i fråga om några städers klientel. Även vederhäftigheten av en i och för sig önskvärd jämförelse i fråga om den procentuella fördelningen av behandlade arbetsvårds-hinder vid de största städernas arbetsvårdsorgan (sid. 26) måste tyvärr ifrågasättas på grund av kända svårigheter att fastställa det dominerande arbetshindret i ett statistiskt sammanhang.

Utan tvivel är resultatet av docenterna Cronholms och Swenssons undersökning rörande klient-sammansättningen avgörande för en rätt uppfattning om arbetsvårdens problem i Stockholm. Det förhållandet att arbetsvårds-klientelet för Stockholms del dokumenterats att omfatta 71 procent psykiska insufficienser av samtliga arbetsvårdsfall, måste ha till följd en svår belastning såväl av den medicinska sektionen som övriga avdelningar inom arbetsvården. Behovet av individuell medicinsk undersökning, fortsatt kontroll och varsam omvårdnad är särskilt uttalat beträffande psykiska fall. Därtill kräves, som också framhållits av socialvårdens planeringskommitté (sid. 157), särskilt i fråga om dessa fall för läkarens bedömning en vederhäftig social utredning, psykologisk analys m. m.

Klart är, att den tekniska arbetsträningen av ett så sammansatt klientel är förenad med extra

svårigheter, att det är särskilt känsligt för en osakkunnig och mindre noggrann behandling, och att en sådan "arbetarstam" i en verkstad minst av allt utgör någon bas för en fast produktionsplanering. Så snart en klient vunnit krafter och förmåga att träda ut i arbetslivet skall han lämna institutionen, dvs. just då han börjat bli nyttig. Det strider också mot arbetsträningens idé, om man av leveranstvång eller eljest som ett förstahandsintresse söker driva de tekniska hjälpmedlen hårt fabriksmässigt och kommersiellt. Det har ej heller lyckats. En utväg har som utredningen visat blivit att träningen i väsentlig utsträckning övergått till s. k. skyddad verksamhet. Ambitionen att vilja göra träningsverksamheten "effektiv" och möjligast räntabel måste under givna förutsättningar skapa villervalla och misstämning bland såväl klienter som personal. Inte minst har den medicinska övervakningen därigenom hårt prövats liksom sannolikt arbetsledare och övriga befattningshavare.

Partiellt arbetsföra har i den industriella produktionen ofta visat sig vara särskilt trofasta och effektiva arbetare. Men denna iakttagelse gäller icke den period, då den handicapade i arbetsträning "under tillsyn och fortlöpande ordination av läkare (skall lära sig) anpassa sin arbetsförmåga efter förhållandena på en arbetsplats" — etc. (Ur betänkande om "Socialförsäkring och rehabilitering" 1958.)

Det synes genom utredningen vara klarlagt att träningsverksamheten omedelbart bör omläggas och den skyddade verksamheten utbyggas. Lärkarförbundet ansluter sig till utredningens rekommendationer härom. Man bör dock ha klart för sig att 6-månadersgränsen för träningen inte bör göras absolut, även om det principiellt är riktigt att klienterna skall passera träningsstadiet så snabbt deras tillstånd det tillåter.

Det kan återigen konstateras att *varje fall* som mottas till arbetsvård i samhällsregi måste läkarundersökas enkom av denna anledning. Om så ej kan ske, bör samhället hellre överlåta åt klienterna själva att svara för sitt öde! Kliniska specialistundersökningar och intygsuppgifter ersätter *icke* den medicinska totalbedömning som krävs inom arbetsvården. Lekarundersökningen tillhör av rationella och logiska skäl en av de första åtgärder som bör företagas för att en vederhäftig uppfattning om de enskilda klienternas förutsättningar skall erhållas. Samtidigt bör märkas, att läkaren för en rad fall till sitt förfogande måste ha vissa data rörande patientens sociala, ekonomiska och andra antecedentia innan han kan ge ett utlåtande om fallet. *Ofta är det endast*

läkaren som efter förtroligt samtal med patienten kan urskilja vilka miljöundersökningar som utöver vanliga rutinuppgifter behöver göras innan den medicinska totaldiagnosen nås och formen för den arbetsvårdsmässiga terapin kan föreslås. Begreppet "arbetsvård" innefattar, ehuru ordet är felkonstruerat, en grundläggande komponent av "behandling" direkt jämförbar med terapeutiska åtgärder inom medicinen. Läkarens hela utbildning och arbete är inriktade på diagnostisk analys, adekvat terapi samt profylax. Detta förhållande bör vara avgörande för ordningen inom arbetsvården. Utredningsapparaten måste stå till läkarens förfogande, i första hand och självklart ge hans önskemål prioritet och snabbast möjliga behandling. Detta naturligtvis inte för läkarens prestige eller för hans ställnings skull utan för klienteletts skull och för att möjliggöra ett flytande förlopp av intagnings- och placeringsfrågorna.

Naturligtvis bör härvid samråd och teamarbete äga rum. Sådant sker ständigt inom sjukvården — och utan att mycket talas därom. Samarbetet bör vara lika självklart inom arbetsvården, och det kommer säkerligen att fungera automatiskt om naturliga förutsättningar härför beredes. Lärkarförbundet vill i detta sammanhang liksom utredningen framhålla, att de medicinska och i detta fall socialpsykiatriska insatserna är av grundläggande betydelse icke blott i den s. k. medicinska rehabiliteringen utan också vid urvalet av klienter och deras placering i lämplig träningsverksamhet och omskolning. Då i sådan verksamhet ansvariga läkare av organisatoriska skäl betagas möjligheten att medverka på angivet sätt måste det uppstå en allvarlig kris. För en lösning kräves icke att en läkare skall vara chef för arbetsvårdens förvaltning men väl garanterade betingelser för att han skall kunna genomföra det viktiga socialmedicinska medarbetarskapet i verksamheten."

Lärkarförbundet sammanfattar sin uppfattning i några punkter, av vilka framgår

att arbetsträningsverksamheten icke kan drivas under inflytande av tekniskt rationella eller kommersiella förstahandsintressen,

att den ansvarige läkaren eller honom underställd läkare alltid skall deltaga i beslut om intagning, utskrivning och omplacering av klienter,

att utredningar som erfordras för den medicinska verksamheten alltid skall tillhandahållas

samt att de medicinska befattningshavarna skall ha att lämna de sakkunniga råd och anvisningar rörande patienterna som övriga medarbetare i arbetsvården är i behov av.