



**National Library
of Sweden**

Denna bok digitaliserades på Kungl. biblioteket år 2012

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR 1958:17

Socialdepartementet



SOU
1958:17
A

**SOCIALFÖRSÄKRING
OCH
REHABILITERING**

BETÄNKANDE AV
SÄRSKILT TILLKALLADE UTREDNINGSMÄN

Stockholm 1958

Statens offentliga utredningar 1958

Kronologisk förteckning

1. Vägplan för Sverige. 1. Riktlinjer och förslag samt kartbilagor. Idun. 226 s. K.
2. Vägplan för Sverige 2. Expertutredningar och övriga textbilagor. Idun. 208 s. K.
3. Utredning om vissa förhållanden vid konserveringsforskningsinstitutet. Marcus. 270. s. H.
4. Promemoria med förslag om fondförvaltning m. m. i samband med en utbyggd pensionering. Idun. 91 s. S.
5. Permanent skördeskadeskydd. Idun. 547 s. Jo.
6. Författningsutredningen. I. Kandidatnominering vid andrakammaral. Av L. Sköld. Idun. 355 s. Ju.
7. Småbrukarstöet. Marcus. 120 s. Jo.
8. Gemensam nordisk hälsovårdsutbildning. Norstedt. 95 s. I.
9. Häradsrätts sammansättning i brottmål. Idun. 24 s. Ju.
10. Förslag till varumärkeslag. Idun. 464 s. Ju.
11. Reserverna för högre utbildning. Idun. 124 s. E.
12. Civilförsvarsutbildningen. Idun. 176 s. I.
13. Civilförsvarets organisation. Idun. 465 s. I.
14. Regeringsarbetet. Idun. 164 s. Ju.
15. Hälsovård och öppen sjukvård i landstingsområdena. Idun. 429 s. I.
16. Betänkande med förslag till allmän tjänstepliktslag m. m. Idun. 14 s. S.
17. Socialförsäkring och rehabilitering. Kihlström. 88 s. S.

Anm. Om särskild tryckort ej anges, är tryckorten Stockholm. Bokstäverna med fetstil utgöra begynnelsebokstäverna till det departement, under vilket utredningen avgivits, t. ex. E. = ecklesiastikdepartementet, Jo. = jordbruksdepartementet.

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR 1958:17

Socialdepartementet



SOCIALFÖRSÄKRING
OCH
REHABILITERING

BETÄNKANDE AV

SÄRSKILT TILLKALLADE UTREDNINGSMÄN

EMIL KIHLSSTRÖMS TRYCKERI AKTIEBOLAG

STOCKHOLM 1958

Innehåll

Förkortningar	4
Skrivelse till statsrådet	5
I. Översikt över problemet	7
1. Utredningsuppdraget	7
2. Uppläggningsarbetet	8
II. Rehabiliteringsverksamheten	10
1. Rehabilitering som term och begrepp	10
2. Den medicinska rehabiliteringen	11
Allmänt om verksamheten	11
Behandlingsformerna	12
Sammanfattande synpunkter	14
3. Arbetsvården	15
Allmänt om verksamheten	15
Arbetsvårdsåtgärderna	16
Sammanfattande synpunkter	18
4. Samordning medicinsk rehabilitering—arbetsvård	19
Föreslagna och vidtagna åtgärder	19
Sammanfattande synpunkter	21
III. Socialförsäkringen och rehabiliteringen	22
1. Allmänna synpunkter	22
2. Socialförsäkringens administrativa medverkan i rehabiliteringen	25
Anordningar för fastställande av rehabiliteringsbehovet	25
Anordningar för genomförande av rehabiliteringsåtgärderna	30
3. Socialförsäkringens ekonomiska medverkan i rehabiliteringen	31
Stöd åt institutioner för rehabilitering	31
Stöd åt den enskilde vid medicinsk rehabilitering	33
Gällande bestämmelser	33
Kostnader vid slutenvård	35
Kostnader vid öppenvård	35
Kostnader för tekniska hjälpmedel	37
Stöd åt den enskilde vid arbetsvård	39
Gällande bestämmelser	39
Direkta kostnader	40
Kostnader för försörjning	41

IV. Sjukförsäkringen och företagens sjuk- och hälsovård	54
V. Rehabilitering och förebyggande hälsovård	57
Sammanfattning av förslagen	59
Författningsförslag	63
• Förslag till lag angående ändring i lagen om allmän sjukförsäkring . .	63
Förslag till lag angående ändring i lagen om yrkesskadeförsäkring . .	64
Förslag till förordning om ändring i militärsättningsförordningen . .	66
Bilaga: 1956 års försöksverksamhet för samordning av sjukförsäkring och arbetsvård. Redogörelse av biträdande sekreteraren i utredningen E Hellström	68

FÖRKORTNINGAR

- SFL = Lagen den 3 januari 1947 (nr 1) om allmän sjukförsäkring
YFL = Lagen den 14 maj 1954 (nr 243) om yrkesskadeförsäkring
MEF = Militärsättningsförordningen den 2 juni 1950 (nr 261)
FPL = Lagen den 29 juni 1946 (nr 431) om folkpensionering

*Till Herr Statsrådet
och Chefen för Kungl Socialdepartementet*

Genom beslut den 7 januari 1955 bemyndigade Kungl Maj:t chefen för socialdepartementet att tillkalla högst sex utredningsmän för att inom socialdepartementet biträda med utredningen av frågan om rehabiliteringsåtgärder m m i anslutning till sjuk- och yrkesskadeförsäkringarna.

Med stöd av bemyndigandet tillkallade departementschefen den 7 januari 1955 statssekreteraren i socialdepartementet, numera landshövdingen Per Eckerberg, ordförande, sekreteraren i Landsorganisationen Nils Kellgren, biträdande direktören i Svenska arbetsgivareföreningen Sven Hydén, ledamoten av riksdagens första kammare, ordföranden i Svenska sjukkasseförbundet E. Gust. Andersson, verkställande direktören i Sveriges läkarförbund doktor Erik Husmark samt överläkaren vid Ortopediska kliniken i Göteborg professor Erik Severin.

Utredningsmännen har antagit benämningen utredningen om socialförsäkring och arbetsanpassning.

Såsom expert åt utredningen tillkallades den 7 januari 1955 byråchefen i pensionsstyrelsen Rolf Broberg och såsom sekreterare byråchefen i arbetsmarknadsstyrelsen Albert Bergh. Genom beslut den 11 maj 1957 tillkallades vidare byråchefen i riksförsäkringsanstalten Conrad Wredmark att såsom expert biträda utredningen samt förordnades byråsekreteraren i arbetsmarknadsstyrelsen Emil Hellström att vara biträdande sekreterare åt utredningen.

Den 22 augusti 1955 har utredningen avgivit en promemoria angående gottgörelse från sjukförsäkringen till arbetsgivare för sjukvårdande åtgärder.

Sedan utredningsarbetet nu slutförts, får utredningen vördsamt överlämna betänkande angående socialförsäkring och rehabilitering.

Stockholm den 21 april 1958.

Per Eckerberg

Nils Kellgren

Sven Hydén

E. Gust. Andersson

Erik Husmark

Erik Severin

/ Albert Bergh Emil Hellström

FÖRSTA KAPITLET

Översikt över problemet

1. Utredningsuppdraget

I det yttrande till statsrådsprotokollet den 7 januari 1955, varmed chefen för socialdepartementet hemställde om Kungl Maj:ts bemyndigande att tillkalla utredningsmän för att inom departementet biträda med utredning av frågan om rehabiliteringsåtgärder m m i anslutning till sjuk- och yrkesskadeförsäkringarna, anfördes följande.

När en person blir sjuk, ligger det såväl i hans eget som i samhällets intresse att han så snart som möjligt blir frisk igen och kan återgå till sitt arbete. Det kan dröja längre eller kortare tid innan så kan bli fallet. Genom medicinska och andra åtgärder kan denna tid förkortas. Genom specialistbehandling kan en eljest oundviklig nedsättning av arbetsförmågan till följd av sjukdom minskas eller rent av hindras från att uppkomma. I vissa fall kan vederbörande inte bli helt återställd. Han kan inte återgå i sitt tidigare arbete. Men han kanske kan — trots invaliditeten — efter viss omskolning bli en fullgod arbetare inom ett annat yrke. Eller han kanske kan återgå i arbete inom sitt gamla yrke, om särskilda anordningar vidtages på arbetsplatsen.

Läkarvetenskapens landvinningar och sjukvårdens ökade resurser i övrigt har betydtt mycket i nu åsyftade hänseenden. På senare tid har man alltmer kommit till insikt om betydelsen även av andra åtgärder, vilka brukar sammanfattas under termen rehabilitering. Inom rehabiliteringsverksamheten skiljer man mellan en medicinskt betonad del och en arbetsmarknadsbetonad del. Åtskilligt finnes redan gjort på rehabiliteringsområdet. Vid ett par särskilda arbetskliniker sker arbetsprövning och arbetsträning under kontinuerlig läkar-

kontroll. I de flesta länen har landstingen inrättat arbetsträningsinstitut; i anslutning till dessa institut har i vissa fall anordnats verkstäder för s k skyddad sysselsättning. Inom en del industriföretag har man inrättat särskilda avdelningar för sådan sysselsättning. Industriläkarnas betydelse för rehabiliteringsverksamheten må även framhållas här. Den i arbetsmarknadsstyrelsen och arbetsförmedlingen ingående arbetsvårdsorganisationen har utbyggts. Genom denna organisation förmedlas arbete, vid behov efter yrkesvägledning och utbildning. Pensionsstyrelsen bedriver invaliditetsförbyggande verksamhet. S k näringshjälp till partiellt arbetsföra, som har för avsikt att starta egen verksamhet, kan utgå genom pensionsstyrelsen eller vederbörande landsting eller hemortskommun.

Ifrågavarande problem har fått förnyad aktualitet genom den lagstiftning om reformerad sjuk- och yrkesskadeförsäkring som trätt i kraft den 1 januari 1955. Genom den nya samordnade försäkringen blir det sjukförsäkringen som får den första direkta kontakten med de försäkrade såväl vid vanlig sjukdom som vid yrkesskada. Det är uppenbart att möjligheterna att i tid vidtaga åtgärder för att förebygga och minska följderna av sjukdom och invaliditet är av stor betydelse inte bara för individen utan även för försäkringarnas ekonomi. Problemet har redan tidigare uppmärksamrats inom olycksfallsförsäkringen och i viss utsträckning föranlett åtgärder från de av denna försäkring berörda försäkringsinrättningarna. Fråga uppkommer om i vilken utsträckning det är möjligt och lämpligt att låta den nya sjukförsäkringen och yrkesskadeförsäkringen, de allmänna sjukförsäkringen och yrkesskadeförsäkringsinrättningarna, i administrativt och ekonomiskt avseende inkopplas på den här förut åsyftade verksamheten.

Vissa bestämmelser av intresse i detta

sammanhang finnes redan i sjukförsäkringslagen och yrkesskadeförsäkringslagen. Sålunda må nämnas att yrkesskadeförsäkringen ersätter proteser och andra särskilda hjälpmedel till lindrande av menliga följder av skadan. I yrkesskadeförsäkringslagen har införts en särskild bestämmelse som medför att livräntan kan förhöjas upp till 100 % under tid då den skadade undergår yrkesutbildning, som huvudsakligen syftar till och är ägnad att minska skadans inverkan på hans förmåga att framdeles bereda sig arbetsinkomst. Det förekommer redan nu att yrkesskadeförsäkringsinrättningarna tar initiativ till och bekostar särskilda, ofta dyrbara specialistbehandlingar i invaliditetsinskränkande syfte. Såväl i yrkesskadeförsäkringslagen som i sjukförsäkringslagen finnes vissa påföljdsbestämmelser för den som utangiltigt skäl vägrar att underkasta sig åtgärder i syfte att förkorta sjukdomstiden eller minska invaliditeten. Förtroendeläkarinstitutionen vid sjukkassorna bereder vissa möjligheter till åtgärder i här aktuell riktning. Överhuvudtaget kan antagas att den allmänna sjukförsäkringen kommer att öppna nya möjligheter att på ett tidigt stadium få kännedom om de fall, i vilka särskilda åtgärder erfordras för att förkorta sjukdomstiden eller förhindra uppkomsten av invaliditet eller minska verkningarna av ett sjukdoms- eller invaliditetstillstånd. Genom att sjukförsäkringen blir allmän kommer nämligen sjukförsäkringens organ att i fortsättningen få kännedom om praktiskt taget alla sjukdomsfall av betydelse. Jag vill i detta sammanhang erinra om den pågående utredningen om sjukförsäkrings- och yrkesskadeförsäkringsstatistikens framtida utformning och att denna utredning avser även frågan om en sjukdomsstatistik. Vidare vill jag nämna att i sjukförsäkringslagens 19 § har intagits särskilda bestämmelser för att bereda kompensation åt arbetsgivare, som anordnar läkarvård eller vidtager andra sjukvårdande åtgärder varigenom sjukkassans utgifter för sjukvårdsförsäkringen kan antagas minska.

Av det anförda torde framgå att frågan om till sjuk- och yrkesskadeförsäkringarna anknutna rehabiliteringsåtgärder av olika slag erbjuder både organisatoriska och rättsliga problem. Dessa problem bör bli föremål för särskild utredning. Vid utredningen bör undersökas inte endast hur de möjligheter, som finnes enligt nuvarande

lydelse av sjuk- och yrkesskadeförsäkringslagarna, på lämpligaste sätt bör utnyttjas till fromma för rehabiliteringsverksamheten, utan även vad som i sådant syfte kan vinnas genom ändrade lagbestämmelser.

I det föregående har berörts den av vissa industrier anordnade rehabiliterande verksamheten. Den sjuk- och hälsovård, som av åtskilliga arbetsgivare inrättats för de anställda, är av betydelse även ur andra synpunkter än rehabiliteringssynpunkten. Uppenbart är sålunda att denna vård kan leda till kortare sjuktider och mindre behov av annan sjukvård. Härigenom påverkas vederbörande sjukkassors ekonomi. Detta har i viss utsträckning beaktats i sjukförsäkringslagen genom en bestämmelse i lagens 19 §. Vid utredningsarbetet bör prövas i vad mån samspelet i olika avseenden mellan de åtgärder som vidtages av arbetsgivare och sjukförsäkringen bör ytterligare beaktas inom sjukförsäkringslagstiftningen.

En smidig och kontinuerlig samverkan mellan hälso- och sjukvården, de arbetsvårdande organen och sjukkassorna bör vidare eftersträvas. De organisatoriska problem, som härvid uppkommer, bör särskilt uppmärksammas. En sådan ordning bör eftersträvas att möjligheterna och lämpligheten av att i tid påkalla såväl rehabiliteringsåtgärder som förebyggande och hälsovårdande åtgärder i övrigt ständigt uppmärksammas inom sjukförsäkringsadministrationen. Därest särskilda åtgärder kan anses påkallade för att tillföra sjukförsäkringsorganisationen erforderlig expertis bör det ankomma på utredningen att framlägga förslag härom.

2. Uppläggnings- och utredningsarbetet

Utredningsuppdraget avser att belysa dels sjuk- och yrkesskadeförsäkringarnas förhållande till rehabiliteringsverksamheten, dels sjukförsäkringens förhållande till företagets sjuk- och hälsovård. I fråga om rehabiliteringsverksamheten har utredningen inte haft att taga ställning till frågan om dess organisation och arbetsmetoder; uppdraget har varit begränsat till att undersöka, huruvida sjuk- och yrkesskadeförsäk-

ringarna i sin nuvarande lydelse i erforderlig mån beaktar rehabiliteringsverksamhetens behov och möjligheter samt, om detta inte är fallet, vilka lagändringar som är behövliga. Vid fullgörandet av sitt uppdrag har utredningen emellertid inte ansett det lämpligt att begränsa synfältet till dessa båda lagar utan funnit, att socialförsäkringen från de förevarande synpunkterna bör ses såsom en enhet. Detta har föranlett utredningen att jämväl befatta sig med folkpensioneringen och den till yrkeskadeförsäkringslagstiftningen nära anknutna militärsättningsförordningen. Rehabiliteringsverksamheten är uppenbarligen av särskilt stor betydelse för den i folkpensioneringen ingående invalidpensioneringen och är i fråga om militärskadorna av samma betydelse som vid yrkesskador i allmänhet.

Också arbetslöshetsförsäkringen påverkas av rehabiliteringsåtgärderna. Gränserna mellan denna försäkring och sjukförsäkringen är i vissa sammanhang svåra att draga. Arbetslöshetsförsäkringen avser dock att ge skydd i ett läge betingat av helt andra omständigheter än vad gäller övriga socialförsäkringar och torde ligga utanför utredningsuppdraget, varför den i det följande inte beröres.

För att kunna bedöma om och i vad mån berörda socialförsäkringar direkt eller indirekt bör medverka i rehabiliteringsverksamheten, har utredningen måst skapa sig en uppfattning om denna verksamhets närmare utformning. Ett försök till bestämning av innehållet i begreppet rehabilitering och en redovisning av arten och omfattningen av de åtgärder, som för närvarande företages i vårt land i rehabiliteringssyfte,

bildar för den skull bakgrund till utredningens överväganden. Mot denna bakgrund diskuteras, vilka åtgärder av organisatorisk och/eller ekonomisk art som från socialförsäkringens sida bör vidtagas för att befrämja rehabiliteringsverksamheten på olika områden. Härvid beröres åtgärder av medicinsk art inom såväl den slutna som den öppna sjukvården liksom också åtgärder inom den sociala sektorn, främst sådana, som syftar till att bereda invaliderade utkomst genom eget arbete. Särskild uppmärksamhet ägnas frågan om att ernå tidig kontakt mellan de sjukförsäkrade och rehabiliteringen och därigenom förebygga, att invalidisering sker på grund av att lämpliga åtgärder i tid ej vidtages.

Vad gäller frågan om företagens sjuk- och hälsovårdande verksamhet har utredningen i anslutning till en framställning från Svenska arbetsgivareföreningen granskat tillämpningen av nuvarande bestämmelser i lagstiftningen och i särskild framställning den 22 augusti 1955 föreslagit, att anvisningar måtte utfärdas, som möjliggör en smidigare tillämpning av bestämmelserna. Utredningen har därutöver i förevarande sammanhang diskuterat behovet av åtgärder för att möjliggöra en ytterligare medverkan från sjukförsäkringens sida.

Med hänsyn till hälsovårdens betydelse för att minska rehabiliteringsbehovet har utredningen i ett avslutande kapitel även berört frågan om dess ställning inom sjukförsäkringen.

Vid utredningens överväganden av de olika frågorna har beaktats dels erfarenheter från utlandet, dels tidigare framförda svenska reformförslag.

ANDRA KAPITLET

Rehabiliteringsverksamheten

1. Rehabilitering som term och begrepp

Ordet rehabilitering använt i fråga om sjuka och skadade personer är i Sverige av jämförelsevis sent datum. Uttrycket diskuterades av den statliga kommitté, som under 1940-talet hade att utreda frågan om de partiellt arbetsföras problem, men kom inte att officiellt accepteras. Främst under inflytande av internationellt språkbruk kom uttrycket dock att allt oftare användas från slutet av 40-talet och torde numera få anses allmänt godtaget.

I sin vidaste betydelse innefattar rehabilitering allt som kan göras för sjuka eller skadade människor för att återställa deras fysiska och psykiska arbetsförmåga, liksom också vad som kan göras för att hjälpa dem att övervinna en kvarstående invaliditet och bli så långt möjligt oberoende och självförsörjande medlemmar i samhället. Den del av rehabiliteringen, som avser medicinska åtgärder av olika slag, betecknas i internationell terminologi som »medical rehabilitation»; för den del, som syftar till en yrkesmässig anpassning, använder engelsmännen beteckningen »re-settlement», medan man i USA introducerat benämningen »vocational rehabilitation». Det sistnämnda uttrycket har numera accepterats i den internationella diskussionen.

»Medical rehabilitation» omfattar strängt taget alla de sjukvårdande åtgärder, som kan komma i fråga från

patientens första kontakt med läkare fram till tidpunkten för friskskrivningen. I mera begränsad betydelse har benämningen dock kommit att utgöra samlingsordet för de särskilda medicinska behandlingsformer i funktionsförbättrande syfte, som kompletterar den egentliga sjukvården, numera inte endast i den medicinska behandlingens slutskede — eftervården — dit de förr vanligen hänfördes, utan också under ett tidigare skede av sjukhusvistelsen eller behandlingen. »Vocational rehabilitation» å andra sidan omfattar — för att citera en av internationella arbetskonferensen år 1955 antagen rekommendation — »vocational services», t ex yrkesvägledning, yrkesutbildning, omskolning och arbetsanskaffning; sålunda åtgärder, som syftar till att göra det möjligt för invalidiserade att erhålla och behålla ett lämpligt arbete.

Den i det föregående redovisade internationella terminologin synes numera ha vunnit viss stadga och har under senare år till yttermera visso auktoriserats genom internationella rekommendationer (t ex den nyssnämnda rekommendationen från internationella arbetskonferensen 1955 och en av internationella socialförsäkringsföreningen (ISSA) år 1951 antagen rekommendation »concerning principles and methods of rehabilitation»). Svenskt språk saknar en adekvat och brukbar översättning av ordet rehabilitation. Vissa försök att finna ett rent svenskt

ersättningsord torde inte kunna sägas ha varit helt framgångsrika. Utredningen använder för den skull i fortsättningen termen *rehabilitering* och avser därmed alla de åtgärder, som erfordras för att minska följderna av sjukdom eller invaliditet.

Begreppet »medical rehabilitation» kan — om man accepterar totalbegreppet — översättas till *medicinsk rehabilitering* och användes av utredningen som samlingsbegrepp för de åtgärder, som från sjukvårdens sida vidtages för att ge patienten högsta möjliga grad av fysisk och psykisk kapacitet.

För termen »vocational rehabilitation» synes det svårare att finna en mera ordagrann svensk motsvarighet. För åtgärder, som avser den yrkesmässiga återanpassningen, har emellertid sedan mer än ett decennium begreppet *arbetsvård* officiellt använts. Med hänsyn härtill använder utredningen sig av detta ord för att beteckna ifrågakommande rehabiliteringsåtgärder.

2. Den medicinska rehabiliteringen

Allmänt om verksamheten

Den medicinska rehabiliteringens syfte är trefaldigt: 1) att häva sjukdomen, 2) att förkorta sjuk- och konvalescensperioderna, 3) att bibringa patienten högsta möjliga grad av fysisk och psykisk duglighet.

Det första steget i den medicinska rehabiliteringsprocessen — bortsett från de egentliga sjukvårdsåtgärderna i syfte att häva sjukdomen — är att fastställa rehabiliteringsbehovet. Undersökningens huvudsyfte skall vara att utröna patientens *positiva* fysiska och psykiska kapacitet. Tyngdpunkten lägges alltså exempelvis inte på hjärtsjukdomen utan på hjärtats återstående prestationsförmåga, inte på det lyte eller den vanför-

het, som blivit följderna av exempelvis hjärnblödning eller polio, utan på patientens kvarstående förmåga att förflytta sig, hans armstyrka och styrkan i hans handgrepp eller för att använda ett från arbetsvårdens propaganda hämtat slagord: det väsentliga är vad patienten kan, inte vad han inte kan.

Inte minst betydelsefull är analysen av individens förmåga till social funktion och anpassning — med och trots defekterna. Ett försök till bestämning av arbets- och förvärvsförmågan blir därför nödvändigt. Denna bedömning är av stor betydelse, bl a då ersättning från socialförsäkringen kan ifrågakomma. För bedömning av arbets- och förvärvsförmågan utföres systematisk prövning av olika fysiska och psykiska funktioner. Det bör emellertid betonas, att dylika prov i och för sig ej är utslagsgivande för förvärvsförmågan. En mängd andra faktorer och omständigheter, såsom ålder, sysselsättning, bostadsort och arbetsmarknadsläge, får tagas med i bilden. Redan vid arbetsförmågebedömningen och än mer vid bedömningen av förvärvsförmågan måste sålunda den medicinska rehabiliteringens och arbetsvårdens synpunkter samordnas.

Med hjälp av den medicinska diagnosen samt bestämningen av den fysiska, psykiska och sociala dugligheten kan programmet för den medicinska rehabiliteringen i det enskilda fallet planläggas och genomföras. För detta program fordras ofta tillgång till en hel rad av specialiteter inom såväl den egentliga medicinen som dess hjälpdiscipliner. Värdefull är här varje konstruktiv medicinsk åtgärd, som kan hjälpa patienten till anpassning och utveckling av hans kapacitet.

Det bör anmärkas, att även om återanpassningen till största möjliga arbetsduglighet både för individen och sam-

hället är en angelägen uppgift, bör rehabiliteringen i dess medicinska del ej uteslutande inriktas härpå. Också i fråga om dem, som aldrig kan tänkas uppnå någon nämnvärd arbetsförmåga — åldringar och kroniskt sjuka — är det viktigt, att man genom rehabiliteringsåtgärder söker förkorta sjukdomstiden och få patienterna i sådant skick, att de kan reda sig själva. Den medicinska rehabiliteringen utgör en verksamhet, som i princip sedan gammalt har sin givna plats inom sjukvården men som i förbättrad och aktiverad form bör beredas nya möjligheter i den framtida medicinska verksamheten. Vissa rehabiliteringsmöjligheter bör stå till förfogande för patienter vid alla sjukhus. Även vid mindre enheter kan behovet rätt väl tillgodoses, utan att därför heltidsanställd personal eller mera kostsam materiell utrustning kräves. Måhända löses frågan i vissa andra fall organisatoriskt bäst genom samarbete med sjukhus med bättre resurser eller vid behov av mer avancerad behandling genom remiss till vissa regionala enheter. Det är av vikt, att rehabiliteringsresurserna står till förfogande också för den öppna vårdens klientel.

Rehabiliteringsorganisationen kan inte på en gång realiseras. Man måste bygga upp det hela successivt och koncentrera sina ansträngningar på vissa huvudpunkter. Behovet gör sig starkast gällande för långtidssjuka och de fall, där invaliditeten förorsakar en mera långvarig begränsning av arbetsförmågan. Det är för den skull välbetänkt att i första omgången taga sikte på dessa, men man måste samtidigt ha klart för sig, att utbyggnaden bör fortsättas, så att rehabilitering kommer att stå till förfogande för alla sjuka, som behöver hjälp av detta slag.

För en stor del av fallen är den medicinska rehabiliteringen ett övervägande

psykiatriskt problem. Psykogena sjukdomar och insufficienser liksom sådana tillstånd, där en fysisk åkomma kompliceras av uttalade psykiska pålagringar, kräver kontinuerlig psykiatrisk behandling. Enklare psykologiska trångmål, som i samband med sjukdom och rehabilitering oroar patienten, torde på ett naturligt sätt avreageras i daglig kontakt med läkare, sjukvårdspersonal och andra personer i den sjukets omgivning.

Behandlingsformerna

I den medicinska delen av rehabiliteringsprocessen ingår dels den egentliga läkarvården, dels vissa särskilda behandlingsformer. De viktigaste av dessa är:

- Sjukgymnastik
- Sysselsättnings- och arbetsterapi
- Annan fysikalisk terapi
- Tekniska hjälpmedel
- Kuratorsverksamhet
- Funktionsprövning

I fråga om *sjukgymnastik* gäller liksom för all annan fysikalisk terapi, att medicinsk bedömning av behandlingens lämplighet och dosering kräves för varje enskilt fall. Rätt given är sjukgymnastisk behandling av stort värde.

Medicinsk rehabilitering kan inte anses fullödig utan ett tillfredsställande program för *sysselsättnings- och arbetsterapi*. Denna terapiform, som skall ordinerar och doseras av läkare, har under åren genomgått en betydelsefull utveckling till ökad effektivitet. Från en sysselsättning, där huvudsyftet var det avledande momentet, medan själva arbetsuppgiftens art ansågs vara av underordnad betydelse, över mera lustbetonade sysselsättningar av hobbykaraktär har man kommit fram till en arbetsterapi, som kan taga sikte direkt på funktionsförbättring, samtidigt som den ger avkoppling från och distraherar

tankarna kring de personliga bekymren. Redan för patienten i sjukbädden är sysselsättnings- och arbetsterapin liksom sjukgymnastiken av terapeutiskt värde.

Arbetsterapin erhåller vanligen en övervägande hantverksmässig inriktning men har alltmera kommit att gälla även sådana arbeten, som kräver tillgång till en mera verkstadsmässig utrustning. I sysselsättnings- och arbetsterapin ingår studieverksamhet och bildningsarbete, som i synnerhet för långtidsfallen visat sig vara av väsentlig betydelse såsom intellektuell och emotionell stimulans. Även om viss åtskillnad vanligen göres mellan sysselsättningsterapi och arbetsterapi, använder sig utredningen i fortsättningen för enhetlighetens skull av enbart benämningen arbetsterapi och inbegriper däri även sysselsättningsterapi.

Annan fysikalisk terapi inkluderar olika metoder för behandling genom fysikaliska medel, såsom bad, ljus, värme, elektricitet, röntgen o dyl. Fysikalisk terapi bör givas endast efter föreskrift av läkare och under hans överinseende.

Medicinsk rehabilitering innebär inte endast aktiv medicinsk, kirurgisk och fysikalisk behandling. För exempelvis personer, som genom sjukdom eller skada blivit fysiskt defekta, kan *tekniska hjälpmedel* bli nödvändiga för att bygga upp funktionen till en tillfredsställande nivå. Hörselfrämjande hjälpmedel, invalidfordon, extremitetsproteser och andra ortopediska bandage, ävensom proteser för ansiktsdeformiteter etc är viktiga delar av rehabiliteringens tekniska arsenal likaså modifikationer av arbetsredskap och verktyg, varigenom den invaliderade kan lära sig sköta vanliga redskap, telefoner, skrivmaskiner och liknande.

Det räcker inte att tillhandahålla patienten dessa tekniska hjälpmedel; han

bör även få lära sig att rätt bruka dem. Anpassningsundervisning för invalider, vilken undervisning innefattar också psykologisk och teknisk träning att övervinna de praktiska hinder, som invaliditeten medför, och ge anpassning till lytet, ingår för den skull i den medicinska rehabiliteringen. Närbesläktade härmed är vissa andra åtgärder, ehuru de ej förutsätter tekniska hjälpmedel: behandling av talrubbningar, undervisning i läppavläsning för de hörselskadade etc.

De sociala och ekonomiska störningar, som vid sjukdom kan utgöra de värsta stötestenarna vid hälsans återvinnande, kräver betydande insatser och hjälp genom en välorganiserad *kuratorsverksamhet*.

Funktionsprövning begränsas icke blott till att fastställa funktionsförmågan i slutet av den medicinska rehabiliteringsprocessen. Redan vid ställandet av diagnosen kan det vara nödvändigt att komplettera den allmänna undersökningen med en prövning av hur skadan eller sjukdomen påverkar funktionsförmågan både lokalt och allmänt. I vissa fall kan funktionsprövningen gälla bedömning av patientens psykiska resurser, bl a genom undersökning med hjälp av experimentalpsykologiska metoder. Funktionsprövning kan dessutom, använd under rehabiliteringsprocessens förlopp, registrera patientens framsteg. Genom upprepade funktionsprövningar fastställs den tidpunkt, då patientens kapacitet ej kan ytterligare stegras genom ifrågasvarande behandling. Funktionsprövningen kan också ge möjlighet till studium av skilda åtgärders värde för rehabiliteringsprocessen. Den fysikaliska terapins olika former, såsom sjukgymnastik, massage och arbetsterapi, har endast ofullständigt gjorts till föremål för forskning på samma sätt som andra medicinska behandlingsme-

toder. Nya vägar har öppnats genom funktionsprövningen, men metodiken befinner sig i utveckling, och prövningen kan ännu knappast utnyttjas för rutinfallen. Sitt största värde får funktionsprövningen uppenbarligen för de svårbedömda fallen.

Sammanfattande synpunkter

Den svenska sjukvården ligger vid internationell jämförelse på ett högt plan. Den väl utvecklade sjukvården ger ett gott underlag för en önskvärd utbyggnad av den medicinska rehabiliteringsverksamheten. De i det föregående nämnda behandlingsformerna är redan förhållandevis väl företrädade. De rent tekniska resurserna har nyligen utretts inom Svenska vanförevårdens centralkommitté (SVCK), varvid dock påvisats, att dessa resurser är bristfälliga.¹ I fråga om sjukgymnastiken konstateras sålunda, att gymnastiklokalerna ofta är otillräckligt utbyggda och utrustade. Vid de svenska sjukhusen saknas ofta såväl den specialutrustning, vilken vid de anglosachsiska rehabiliteringsavdelningarna anknyter till den dagliga livsföringens krav, som hjälpmedel för patienternas gruppträning. I fråga om arbetsterapi påtalas bl a bristen på möjligheter till industriell arbetsterapi. Lokalfrågan är dessutom i många fall otillfredsställande löst. Beträffande resurserna för fysikalisk terapi i egentlig mening gör SVCK intet uttalande.

Trots de påtalade materiella bristerna har sjukgymnastik, arbetsterapi liksom också kuratorsverksamhet under senare år vunnit terräng inom den svenska sjukvården. Medan man inom dessa områden t ex vid kroppssjukhusen under 1950 hade sammanlagt 455 befattningar, hade antalet 1955 stigit till 716, d v s en stegring med nära 60 %. Detta antal understiger dock allttjämt det i olika sammanhang beräknade behovet.

Utredningen, i vars uppgift ej torde ingå att framlägga förslag i dessa frågor, vill framhålla betydelsen av att en tillräckligt stor och tillräckligt kvalificerad personal står till förfogande för den medicinska rehabiliteringen samt att man genom samordning så rationellt som möjligt utnyttjar redan nu till buds stående resurser. Hur denna samordning sker spelar — från de synpunkter, utredningen har att beakta — i och för sig mindre roll. Med hänsyn till att saken emellertid är av betydelse för utredningens huvudfråga, nämligen samordningen av olika rehabiliteringsåtgärder å ena sidan med socialförsäkringen å den andra, har utredningen dock ansett sig böra redovisa de frågeställningar, som under senare tid varit aktuella.

Behovet av en bättre samordning mellan de särskilda behandlingsformerna inbördes, t ex mellan sjukgymnastik och arbetsterapi, har uppmärksammats av såväl sjukgymnastikutredningen i dess år 1954 avgivna betänkande som av SVCK i nyssnämnda undersökning liksom också av medicinalstyrelsen i en VPM fogad till skrivelse till statsrådet och chefen för inrikesdepartementet den 2 mars 1954. Medicinalstyrelsen uttalade i sin VPM bl a, att en avdelning för sluten vård torde krävas som kärna i en medicinsk rehabiliteringsverksamhet.

Medicinalstyrelsens förslag om en sluten avdelning blev i remissyttrandena föremål för delade meningar. Kungl Maj:t har för sin del inte tagit ställning till frågan i annan mån än att medicinalstyrelsens begäran om en särskild expert inom styrelsen bifallits. I anslutning till medicinalstyrelsens VPM har dock behovet av en effektivisering av den medicinska rehabiliteringen uppmärksammats av ett flertal landsting

¹ Tekniska hjälpmedel för rörelseterapi, SVCK:s skriftserie nr 5 (1956).

och städer. Sålunda har rehabiliteringsavdelningar inrättats i Älvsborgs län (Solhem) och i Göteborg (Sahlgrenska sjukhuset). Beslut om upprättande av dylika avdelningar föreligger i Stockholms län (Stocksund) och Stockholms stad (Södersjukhuset). Utredning i frågan pågår bl a i Östergötlands län (Linköping), Västmanlands län (Västerås), Värmlands län (Karlstad) samt i Uppsala län (Akademiska sjukhuset i Uppsala). Dessutom har frågan preliminärt diskuterats i ett antal andra län.

Vissa förutsättningar för intensifierad verksamhet på området föreligger alltså. Emellertid torde bl a bristen på personal både i fråga om läkare och andra möjliggöra endast en ytterst begränsad utbyggnad efter planen i medicinalstyrelsens förenämnda VPM. Med tanke på den medicinska rehabiliteringens betydelse för socialförsäkringen vill utredningen framhålla, att en särskild sluten vårdavdelning för rehabiliteringsfall inte kan antagas utgöra någon avgörande förutsättning för en rationell utbyggnad av rehabiliteringsverksamheten vid centrallasaretten. Det synes emellertid viktigt, att samordning sker av förekommande och nytillkommande rehabiliteringsresurser vid centrallasaretten såväl som av dessa resurser och de enkla anordningar för medicinsk rehabilitering, som bör finnas vid mindre sjukhus och vårdhem.

3. Arbetsvården

Allmänt om verksamheten

Begreppet arbetsvård innefattar, som redan nämnts, alla icke medicinska åtgärder av förberedande eller direkt natur, som kan anses erforderliga för att inlemma partiellt arbetsföra i produktionslivet. Med uttrycket partiellt arbetsföra avses personer, »vilka på grund av fysiska eller psykiska arbetshinder

eller social belastning ha eller väntas kunna få svårare än andra att erhålla och behålla ett förvärvsarbete»¹.

Arbetsvård som begrepp och hjälpform är av tämligen färskt datum. Detta innebär inte, att arbetsvårdande åtgärder tidigare skulle ha varit okända. I själva verket har anordningar för att underlätta partiellt arbetsföras inpassning i arbete länge förekommit här i landet. Man behöver endast erinra om det pionjärarbete, som på detta område utförts av skolor för blinda, döva och vanföra, samt om pensionsstyrelsens invaliditetsförebyggande verksamhet. Som *särskild hjälpform* infördes arbetsvård dock här i landet först i mitten av 40-talet efter förslag av kommittén för partiellt arbetsföra och avsåg till en början endast i militärtjänst skadade personer. Sedermera förordade kommittén, att arbetsvården utvidgades till att omfatta alla grupper partiellt arbetsföra, oavsett arbetshindrets art eller ursprung, samt att arbetsvårdsverksamheten samordnades under en enhetlig ledning. Förslagen härutinnan godtogs i princip av 1950 års riksdag och utgör grunden för den arbetsvårdsorganisation, som sedermera byggts upp i samverkan mellan staten, landsting, kommuner och enskilda organisationer.

Uppgiften som samlande organisation för arbetsvården har tilldelats arbetsmarknadsmyndigheterna, som handlägger arbetskraftsfrågor i allmänhet. Centralt arbetsvårdsorgan är sålunda flera arbetsmarknadsstyrelsen, inom vilken inrättats en särskild arbetsvårdsbyrå. Vid sidan av arbetsmarknadsstyrelsen svarar emellertid pensionsstyrelsen för vissa arbetsvårdsuppgifter, såsom för utbildningsåtgärder för vissa pensionsfall liksom för näringshjälpverksamhet. Lokalt svarar länsarbets-

¹ Kommitténs för partiellt arbetsföra definition (SOU 1946:24).

nämnderna under arbetsmarknadsstyrelsen för den statliga arbetsvårdsverksamheten genom särskilda arbetsvårds-expeditioner vid arbetsförmedlingens huvudkontor och vid vissa större avdelningskontor. Inom landstingen verkar särskilda arbetsvårdsstyrelser eller -nämnder. På samma sätt har inom de större kommunerna tillskapats särskilda kommunala organ för arbetsvårdsfrågor.

Arbetsvårdsåtgärderna

Arbetsvårdsåtgärderna kan i stort sägas bestå i att dels undanröja hinder, som visat sig föreligga för en arbetsplacering i fall, där en dylik åtgärd med hänsyn till vederbörandes kvalifikationer bör vara möjlig, dels att göra den partiellt arbetsföre bättre rustad att möta de krav, som arbetsmarknaden ställer. Arten och omfattningen av åtgärderna kan växla högst betydligt från fall till fall.

För en bedömning av arbetsvårdsbehovet fordras ingående kännedom om den partiellt arbetsföres förutsättningar i olika avseenden. Arbetsvårdstjänstemannens första uppgift blir för den skull att verkställa en *grundläggande utredning*: att ta del av den hjälpsökandes medicinska förutsättningar för anpassning i arbete, klarlägga hans personliga och yrkesmässiga kvalifikationer samt bedöma den sociala och ekonomiska situationen. Samråd kräves under detta tidiga skede med behandlande läkare och kuratorer samt en rad instanser i övrigt, som kan tänkas lämna värdefulla upplysningar i sammanhanget.

Nästa åtgärd på ett förberedande stadium blir ofta *yrkesvägledning*, vars syfte är att inringa de yrken eller yrkesområden, där den partiellt arbetsföre med utnyttjande av sina personliga förutsättningar och tidigare erfarenheter

från arbetslivet bäst kan hävda sig. Ibland kräves för att ernå större säkerhet vid yrkesvalet någon form av *anlagsprövning*. Samarbete förekommer härvidlag med bl a de psykotekniska instituten.

För ett ställningstagande till frågan om lämpligt arbete är det emellertid minst lika viktigt med en utredning av kraven inom tänkbart arbete. Att exakt fastställa dessa innebär många gånger svårigheter. Under senare år har dock vissa försök gjorts att genom s k *arbetsanalyser* kartlägga de fysiska arbetskraven inom olika yrken. Dessa försök har visat, att många arbetsuppgifter, fler än vad man i allmänhet räknar med, utan olägenhet kan skötas av i skilda avseenden invaliderade personer. Undersökningar rörande de psykiska kraven i bl a industriellt arbete har även skett.

Där särskilt goda personliga förutsättningar och yrkeskvalifikationer är för handen, framstår en direktplacering som möjlig redan på basis av den grundläggande arbetsvårdsutredningen. Ofta måste dock vissa *särskilda åtgärder* vidtagas, för att arbetsplaceringen skall komma till stånd. Dessa kan exempelvis bestå i att på arbetsplatsen åstadkomma en omfördelning av arbetsuppgifterna, varigenom den partiellt arbetsföre kan erhålla en uppgift avpassad efter hans förutsättningar. Samma syfte kan ibland uppnås genom modifikation av själva arbetsuppgiften. I andra fall kan vissa tekniska hjälpmedel böra anskaffas, som kan underlätta arbetets utförande. Hit hör också de åtgärder, t ex anskaffande av invalidfordon, genom vilka man gör det möjligt för svårt rörelsehindrade att förflytta sig bl a till och från en arbetsplats. Det kan även gälla att övervinna svårigheter av helt annan art, exempelvis formella kompetenskrav, krav på friskintyg, åldersbegränsningar, bestämmelser i lönesy-

stem, krav på medlemskap i pensionskassor etc. Inte så sällan betingas svårigheterna av en viss skeptisk inställning till partiellt arbetsföra såsom arbetskraft. Saklig upplysning och information blir därför ofta den inte minst viktiga åtgärden.

Genom en individuellt inriktad arbetsförmedlingsverksamhet av detta slag, som ibland betecknas som *arbetsberedning*, söker arbetsvårdsorganen sålunda hjälpa den partiellt arbetsföra till ett arbete, som motsvarar dennes kvalifikationer och förutsättningar; ett arbete, där den fysiskt, psykiskt eller socialt handikappade inte är yrkesmässigt handikappad.

Dock är en direkt arbetsplacering långt ifrån alltid möjlig, och åtgärder av annat slag blir då erforderliga. För vissa mera svårbedömda fall kräves en allsidig och samtidig bedömning av arbetsförmågan från fysisk, psykisk, yrkesmässig och social synpunkt. Sådan *arbetsprövning* verkställes vid statens arbetsklirik i Stockholm.

Speciella åtgärder för *arbetsträning* blir i vissa fall nödvändiga. Under medverkan av arbetsmarknadsmyndigheterna har under senare år särskilda verkstäder för ändamålet upprättats av landsting och kommuner samt i vissa fall även av enskilda organisationer. För närvarande står omkring 1.000 platser till förfogande vid ett 30-tal verkstäder. Den partiellt arbetsföra ges här möjlighet att under tillsyn och fortlöpande ordination av läkare anpassa sin arbetsförmåga efter förhållandena på en arbetsplats (arbetstempo, arbetstid, umgänge med kamrater, förmän etc) för att, när denna anpassning nått tillräckligt långt, kunna övergå till ett under träningsperioden anskaffat arbete på öppna marknaden.

I många fall blir det dock nödvändigt att även på annat sätt anpassa den par-

tiellt arbetsföra efter förhållandena på arbetsmarknaden. Detta gäller också åtskilliga personer, som inte genomgått eller behövt genomgå arbetsträning. För att en arbetsplacering skall kunna komma till stånd, måste yrkeskvalifikationerna höjas. För *yrkesutbildningen* kan olika utbildningsvägar väljas. Självfallet får dessa anpassas efter förhållandena i det enskilda fallet. I vissa fall kan en mera grundlig utbildning vid ordinarie skolor och utbildningsanstalter behöva ifrågakomma, t ex vid centrala verkstadsskolor, kommunala yrkesskolor, handelsskolor och tekniska utbildningsanstalter, eller vid specialskolor för invalidiserade, exempelvis vanförestalter, skolor för döva och för blinda. I andra fall sker utbildningen vid kortare kurser anordnade antingen fristående eller i anslutning till befintliga läroanstalter. Slutligen kan för utbildningen utnyttjas andra möjligheter, t ex lärlingsanställning eller tjänstgöring inom industrin eller hos andra enskilda företagare eller vid statliga och kommunala inrättningar.

För framför allt sådana partiellt arbetsföra, som är mycket svårt rörelsehindrade eller av andra skäl i behov av att mera självständigt disponera sin arbetstid, synes ett arbete som egen företagare ofta vara den lättast framkomliga vägen till självförvärvad utkomst. Härvid kan ekonomiska stödåtgärder bli nödvändiga för att möjliggöra t ex inköp av maskiner och verktyg, och i dylika fall upptages i allmänhet överläggningar med de myndigheter och organisationer, vilkas ekonomiska medverkan kan komma att erfordras. Denna arbetsvårdsform betecknas vanligen *näringshjälp*.

I detta sammanhang anmäler sig även möjligheten att genom lämpligt *hemarbete* bereda den partiellt arbetsföra utkomst. Tillgången på hemarbete är

emellertid ytterst begränsad. Särskilda hemarbetscentraler såsom komplement till de sysselsättningsmöjligheter, den öppna marknaden kan erbjuda, framstår som ett önskemål, vilket hittills endast i ringa utsträckning kunnat förverkligas.

Emellertid återstår vissa fall, där man genom angivna åtgärder ej kan göra den partiellt arbetsföre konkurrensduglig. Prestationsförmågan är här så låg, att det från företagarens synpunkt ej kan betecknas som ekonomiskt försvarbart att utan särskild kompensation anställa honom. Det vore dock irrationellt att låta denna arbetskraft förbli arbetslös. Anlitandet av enbart socialvård skulle medföra allenast kostnader för samhället och påtvingad sysslöshet för den enskilde. För den skull har det ansetts önskvärt att genom särskilda åtgärder söka stimulera till sysselsätt-

ning också av denna arbetskraft. Detta sker i sk *skyddad (och halvskyddad) verksamhet*, som avser att möjliggöra för produktionssvag arbetskraft att åtminstone delvis genom eget arbete bidra till sin försörjning. *Halvskyddad* verksamhet drives med statligt stöd av enskilda företag, *helskyddad* verksamhet av myndigheter eller organisationer, vilka för ändamålet inrättat särskilda verkstäder eller företag. År 1958 finnes i landet sammanlagt ca 900 platser av sådant slag.

Av betydelse är slutligen en effektiv *efterkontroll* av vidtagna åtgärder, närmast syftande till att ge den partiellt arbetsföre ett personligt stöd, till dess hans kontakter med arbetslivet stabiliserats.

Omfattningen av arbetsvårdsorganens verksamhet under senare år framgår av efterföljande tabell.

Antalet hos arbetsvårdsorganen registrerade partiellt arbetsföra och vidtagna åtgärder.

År	Inskrivna partiellt arbetsföra	Vidtagna åtgärder				Näringshjälp
		Arbetsprövning el. arb.-träning	Yrkesutbildning	Arbetsplacering i		
				öppna marknaden	skyddad sysselsättning	
1953	21 242	814	1 514	9 541	491	330
1954	21 989	1 002	1 540	9 783	436	347
1955	22 950	1 078	1 281	9 542	562	373
1956	24 169	1 138	1 308	9 136	739	358
1957	24 852	1 356	1 685	8 408	739	319

I vad mån vid arbetsvårdsorganen inskrivna partiellt arbetsföra genom egna initiativ eller med bistånd från annat håll lyckats lösa sin arbetsfråga ingår ej i redovisningen, då uppgifter härom saknas. Den förhållandevis stora divergens mellan antalet inskrivna och antalet inplacerade i arbete, yrkesutbildning eller liknande förklaras till en del härav men torde i inte

ringa mån även sammanhånga med arbetsvårdens otillräckliga personalresurser och bristande resurser i övrigt.

Sammanfattande synpunkter

Den svenska arbetsvården är i sin nuvarande utformning en jämförelsevis ny hjälpform, även om den har sina rötter långt tillbaka i tiden. Den befinner sig alltså under utveckling och

är trots att den nått en betydande omfattning i vissa avseenden ännu inte helt utbyggd i enlighet med de intentioner, som kommittén för partiellt arbetsföra på sin tid framförde och vilka i princip godtagits av statsmakterna. Samordningen av åtgärderna för vissa lytesgrupper med den allmänna arbetsvården är inte helt genomförd. De nuvarande arbetsvårdsformerna torde därjämte i enskilda punkter behöva modifieras. De allmänna riktlinjerna har emellertid visat sig bärkraftiga och står dessutom i god överensstämmelse med vad man funnit vara riktigt i andra länder. En jämförelse med de rekommendationer angående arbetsvård för partiellt arbetsföra, som antagits av 1955 års internationella arbetskonferens visar, att arbetsvården i Sverige numera arbetar i överensstämmelse med moderna riktlinjer för en effektiv yrkesmässig rehabilitering.

Inom den statliga arbetsvårdsorganisationen har utvecklingen successivt kommit att ställa ökade krav på personalen både kvantitativt och kvalitativt. Visserligen har ett inte obetydligt ansvar pålagts landsting och kommuner, men det är den statliga arbetsvårdsadministrationen, som utgör den samordnande länken. Den har även att svara för det viktigaste ledet i arbetsvården, nämligen arbetsanskaffningen. Arbetsbelastningen synes ha medfört, att arbetsuppgifterna ej hinnes med i önskad omfattning, vilket främst synes gå ut över placeringsverksamheten.

Arbetsvårdsresurserna är begränsade. Detta gäller hela området men torde vara mest kännbart i fråga om arbetsutbildning, skyddad verksamhet och hemarbete. Det står vidare klart, att de bristande resurserna inom det medicinska rehabiliteringsområdet lett till att arbetsvårdsåtgärderna inte vidtages på ett så tidigt stadium, som önskvärt

vore. Behovet av tidig kontakt med fallen kan inte nog understrykas. Stödet av en väl utbyggd medicinsk rehabilitering är sålunda nödvändigt för arbetsvården.

Erfarenheterna under de år, arbetsvården i sin nuvarande utformning verkat, har visat, att den svenska arbetsmarknaden kunnat erbjuda även partiellt arbetsföra sysselsättning, om erforderliga stödåtgärder beredes dem. Inte minst betydelsefullt har det visat sig vara, att arbetsgivarna bereder inom det egna företaget skadade personer fortsatt lämplig anställning. Särskilda arbetsvårdsmöjligheter måste dock finnas för ett stort antal arbetshindrade människor. På längre sikt framstår det som särskilt viktigt, att man genom yrkesutbildning och andra åtgärder förbereder ungdomar för arbetslivet på sådant sätt, att de trots sitt arbetshinder blir i stånd att hävda sig i konkurrens med andra.

4. Samordning medicinsk rehabilitering — arbetsvård

Föreslagna och vidtagna åtgärder

Redan kommittén för partiellt arbetsföra påtalade i sitt första betänkande (SOU 1946:24) behovet av en samordning mellan sjukvård och arbetsvård. Åtgärder för arbetsanpassning borde vara en integrerande del av och bilda en direkt fortsättning på sjukvården. Kommittén ansåg, att ett tidigt uppmärksammande av fall, som bedömes böra bli föremål för arbetsvårdande åtgärder, många gånger kan förebygga invaliditet och arbetsoförmåga. Arbetsvårdsorganets kontakt med de sjuka borde följaktligen knytas redan hos läkarna och vid sjukhusen. För att möjliggöra en sådan tidig kontakt föreslog kommittén dels anmälningsplikt från bl a läkare och sjukhus, dels vad gäller

sjukhusen en förstärkning av kuratorsorganisationen samt för arbetsvårdsadministrationens vidkommande en kraftig utbyggnad av personalorganisationen. Kuratorerna skulle vara den förmedlande länken mellan patienten och arbetsvården.

Kommitténs förslag om rapporteringsplikt har inte föranlett någon åtgärd. Mellan sjukhusen och arbetsvårdsorganen förekommer dock viss kontakt, som upprätthålles via kuratorerna. Bristande personalresurser inom såväl sjukvård som arbetsvård har emellertid endast i undantagsfall möjliggjort mera regelbundet samarbete. Detta har medfört, att arbetsvårdande åtgärder i många fall aktualiseras först efter remiss från de socialhjälp- eller pensionsbeviljande myndigheterna. Ett aktualiserande av arbetsvårdsåtgärder på ett tidigare stadium framstår som önskvärt. Härvid blir en medicinsk medverkan i arbetsvårdsåtgärderna särskilt viktig.

Särskilda läkare har dock redan knutits till arbetsvårdsorganen. Dessa läkares uppgift är att svara för dels den medicinska undersökningen av enskilda fall, dels granskning av intyg utfärdade av andra läkare, dels ock rådgivning och upplysning i fall, som inte kräver förnyad läkarundersökning men där läkares uttalande ändå är behövt för placeringsfrågans lösning. På samma sätt har det centrala arbetsvårdsorganet — arbetsmarknadsstyrelsen — tillgång till särskild medicinsk expertis.

Också för de speciella arbetsvårdsåtgärderna har man sökt säkerställa medverkan av läkare. Arbetsprövningsverksamheten vid arbetskliniken i Stockholm ledes av läkare, och vid flertalet träningsverkstäder tillämpas anordningen med deltidsanställda läkare. För yrkesutbildningsverksamheten gällde redan före den allmänna sjukförsäkring-

ens tillkomst, att eleverna genom arbetsvården hade tillgång till läkare under utbildningstiden; särskilt därtill utsedda läkare följde dessutom fortlöpande vid vissa utbildningskurser elevernas hälsotillstånd.

Man har sålunda inom arbetsvården alltifrån början eftersträvat, att läkarexpertis skall stå till förfogande på varje stadium av rehabiliteringsprocessen, något som ligger helt i linje med den rekommendation, som sedermera år 1955 utfärdades av internationella arbetskonferensen.

På *arbetsvårdens* område har försök gjorts till en samordnad planläggning av verksamheten, varvid en viss anknytning även till de medicinska rehabiliteringsåtgärderna sökt åstadkommas. Till arbetsmarknadsstyrelsen har sålunda enligt kungl brev den 30 december 1952 knutits en rådgivande delegation i arbetsvårdsfrågor. I denna ingår dels representanter för de av arbetsvårdsåtgärderna närmast berörda myndigheterna, nämligen medicinalstyrelsen, pensionsstyrelsen och överstyrelsen för yrkesutbildning, dels representanter för de partiellt arbetsföras organisationer. Vidare är Svenska vanförevårdens centralkommitté företrädd i delegationen.

Delegationens uppgift är enligt Kungl Maj:ts skrivelse att såsom arbetsmarknadsstyrelsens rådgivande organ verka för arbetsvårdens utveckling och för samordning av statliga, kommunala och andra åtgärder på arbetsvårdens område. Med hänsyn till sin sammansättning kan delegationen tjänstgöra som ett diskussionsforum också för åtgärder inom övriga myndigheters verksamhetsområden. Bland annat härigenom torde en samordning av verkens medelsframställningar i vad de berör arbetsvårdens område vara möjlig. Genom att medicinalstyrelsen är företrädd, torde också frågor, som berör planläggningen av

hela rehabiliteringsfältet, kunna behandlas inom delegationen.

Behov av någon motsvarande anordning för samordning av de rent *medicinska rehabiliteringsåtgärderna* torde ej ha gjort sig gällande med samma styrka. Medicinalstyrelsen har genom sin centrala ställning inom sjukvården en sådan uppgift. Emellertid utgör också planeringen av den lokala medicinska rehabiliteringsverksamheten ett viktigt samordningsproblem. I tidigare nämnda skrivelse till statsrådet och chefen för inrikesdepartementet den 2 mars 1954 uttalade medicinalstyrelsen, att denna planering borde kunna ske under medverkan av experter, representerande vårdens olika sidor. Det synes lämpligt, att medicinalstyrelsen under detta planeringsarbete utövade en rådgivande funktion. Styrelsen anförde sålunda:

Medicinalstyrelsens deltagande i planeringen synes i första hand böra ske genom utfärdande av råd och anvisningar med angivande av vissa principiella riktlinjer för den medicinska rehabiliteringsverksamheten inom sjukvårdsområdena, speciellt i vad avser sådan verksamhet vid lasarett, och i andra hand genom fortlöpande kontakt med huvudmännen i frågor, som kunna uppstå under utbyggnadsskedet. Som exempel på sådana frågor må nämnas handhavandet av den medicinska ledningen av rehabiliteringsverksamheten, de olika led, som skola ingå i denna verksamhet, och deras relation till varandra, rehabiliteringsstabens eller -teamets närmare sammansättning och arbetsuppgifter, utbildningsfrågor, gruppterapiens roll i verksamheten, nybyggnadsbehov, möjligheter att rationellare utnyttja redan föreliggande resurser, ävensom samordnande av lasarettens rehabiliteringsverksamhet med andra former av sådan verksamhet.

Enligt medicinalstyrelsen borde rehabiliteringsorganisationen *i länen* principiellt vara baserad på en samverkan mellan lasarettens och till dessa anslut-

na anstalter samt de arbetsvårdande organen inom de olika sjukvårdsområdena.

Sammanfattande synpunkter

Samordningen av medicinsk rehabilitering och arbetsvård utgör en viktig förutsättning för att kontinuitet i rehabiliteringsprocessen skall ernås. De anordningar, som i detta syfte planerats eller vidtagits, torde utgöra betydelsefulla framsteg. Ytterligare anordningar torde dock böra eftersträvas, som kan möjliggöra att sjuka och skadade, för vilka åtgärder inom det medicinska området ej är tillfyllest för en inpassning i arbete, på tidigast möjliga stadium blir föremål för arbetsvårdande åtgärder. En sådan ordning synes emellertid bli förutsätta ökade personella resurser och resurser i övrigt inom arbetsvården. Det synes vidare önskvärt, att arbetsvårdens samarbete med medicinsk sakkunskap ytterligare utvecklas.

I fråga om verksamheten vid arbets träningsverkstäderna har arbetsmarknadsstyrelsen fäst huvudmännens uppmärksamhet på betydelsen av att läkar-tillsynen är tillfredsställande ordnad. Det kan ifrågasättas, om inte medverkan av läkare bör ställas som villkor för statsbidrag. Detta innebär emellertid, att ett tidigare av kommittén för partiellt arbetsföra och arbetsmarknadsstyrelsen framfört men ej realiserat förslag om särskilt statsbidrag till kostnader för träningsverkstädernas läkare kan böra upptagas till omprövning.

För yrkesutbildningsfallen synes, där så ej redan skett, fortlöpande hälso-kontroll metodiskt böra komma till stånd. Erfarenheterna från den försöksverksamhet, som igångsatts vid vissa utbildningskurser, bestyrker nödvändigheten härav.

TREDJE KAPITLET

Socialförsäkringen och rehabiliteringen

1. Allmänna synpunkter

Här berörd socialförsäkring — sjukförsäkringen (enligt SFL), yrkesskadeförsäkringen (enligt YFL) samt folkpensioneringen (enligt FPL) — syftar till att ge skydd mot inkomstbortfall vid sjukdom, olycksfall eller invaliditet. Socialförsäkringen, i första hand sjuk- och yrkesskadeförsäkringarna, ersätter den försäkrade även för direkta kostnader, som åsamkas honom i samband med sjukvården. Under senare år har försäkringsförmånerna successivt förbättrats. Samtidigt har en allmän sjukförsäkring genomförts, vilken omfattar praktiskt taget hela befolkningen. Jämsides med denna utveckling har nya framsteg gjorts inom medicinen. Numera är det möjligt att rädda sjuka till livet i långt större utsträckning än tidigare men ibland till priset av lång konvalescens och bestående invaliditet innebärande bl a betydande kostnader för socialförsäkringen. Vad här sagts om socialförsäkringen gäller i huvudsak även i fråga om ersättning enligt militärsättningsförordningen.

Under år 1955 utbetalades från sjukförsäkringen sjukpenning — bortsett från sk mersjukpenning — och barn-tillägg för 48.536.000 dagar med sammanlagt 380 millioner kr. Detta innebär, att de försäkrade vid sjukdom uppbar ersättning med i medeltal kr 7:83 för dag. Enligt preliminära uppgifter har nämnda medelsjukpenning under år 1956 utgjort kr 8:10 och torde för år

1957 kunna uppskattas till kr 8:40. Med utgångspunkt från sistnämnda belopp skulle sjukpenningkostnaden i de fall, sjukskrivningen varar 1 år, uppgå till ca 3.000 kr och, om sjukskrivningen utsträcker till 2 år — dvs den maximala sjukhjälp kan utgå — till ca 6.000 kr. Sammanlagt uppgick sjukförsäkringens utgifter år 1955 till 703 millioner kr och beräknas budgetåret 1957/58 utgöra 915 millioner kr.

Yrkesskadeförsäkringsinrättningarna utbetalade år 1956 i livräntebelopp till invalider i runt tal 40 millioner kr, varav riks-försäkringsanstalten ca 23 millioner kr och arbetsgivarförsäkringsbolagen enligt uppskattning ca 17 millioner kr. I beloppen ingår ej utbetalningar för statsanställda arbetare och ej heller utbetalningar för arbetare hos sådana arbetsgivare, som medgivits självrisk. Den 31 december 1956 uppgick antalet här aktuella invalidräntor hos riks-försäkringsanstalten till ca 30.000 och hos bolagen till ca 22.000. På grundval av en undersökning, som gjordes inom riks-försäkringsanstalten i augusti 1957, kan kapitalvärdet för de beslutade livräntorna till följd av yrkesskador under år 1955 uppskattas till omkring 20.000 kr för livräntetagare.

Statens utgifter år 1956 för livräntor till invalider enligt militärsättningsförordningen uppgick till nära 9 millioner kr. Antalet invalidräntor uppgick vid årets slut till ca 5.000.

Enligt uppgift från pensionsstyrelsen

beräknas årskostnaden för omkring 139.000 invalidpensioner och sjukbidrag i januari 1958 till i runt tal 319 millioner kr. Kostnaden skulle i detta fall genomsnittligt belöpa sig till ca 2.300 kr för ersättning och år. Då pensionsstyrelsens statistik utvisar, att ersättning i medeltal utbetalas under en tid av 10 år, kan — vid en genomsnittlig räntesats av 3 % — den kapitaliserade kostnaden för varje förtidspensionerad beräknas till omkring 20.000 kr.

Som framgått av det anförda, är socialförsäkringens kostnader numera betydande och detta även med hänsyn tagen endast till de kontanta ersättningsarna. I beaktande härav är det uppenbart, att möjligheterna att vidtaga åtgärder för att förebygga och minska följderna av sjukdom och invaliditet är av största betydelse för bl a försäkringens ekonomi. I tid insatta rehabiliteringsåtgärder torde kunna innebära kostnadsbesparingar redan för sjukförsäkringen, därigenom att sjukskrivningstiden i vissa fall förkortas och återfall i sjukdom förebygges. Om utbetalning av sjukpenning från sjukförsäkringen årligen kan undvikas för endast 100.000 dagar, innebär detta en reell besparing för försäkringen av bortåt en million kr. Vad gäller yrkesskadeförsäkringen (och militärsättningsförordningen) är det givet, att betydande livräntekostnader kan undvikas, genom att de skadades kvarstående arbetsförmåga i första hand på lämpligaste sätt tillvaratas. Än större möjligheter till besparingar torde föreligga i fråga om folkpensioneringen. Kan förtidspensionering förebyggas i endast 1.000 fall, betyder detta en besparing av inte mindre än 20 miljoner kr. Ett sådant antagande behöver inte innebära någon orimlighet. Från år 1949 till år 1956 har nämligen enligt en undersökning inom pensionsstyrelsen antalet invalidpensioner och sjuk-

bidrag minskat med inte mindre än 10.000. Orsaken torde huvudsakligen få tillskrivas de goda sysselsättningsmöjligheterna samt den rehabiliteringsverksamhet, som bedrivits.

Det ligger i sakens natur, att rehabiliteringsåtgärder kommer att framstå som än mer betydelsefulla och nödvändiga i den mån socialförsäkringens prestationer ytterligare förbättras. I Kungl Maj:ts proposition nr 55:1958 har förutsetts, att folkpensionen för ensamstående pensionstagare successivt skall höjas från nuvarande 2.250 till 3.600 kr eller med 60 %. Det förutsättes vidare, att inkomstprövningen skall i betydande mån avvecklas. Uppenbart är, att dessa förändringar kommer att starkt öka behovet av rehabiliteringsåtgärder. Detta gäller även, om den i propositionen förordade allmänna tilläggs-pensioneringen inte kommer till stånd. Föredragande departementschefen har i förevarande avseende uttalat följande.

Då inkomstprövningen avvecklas, måste graderingen av förmånerna ske efter andra grunder. Vid denna gradering bör man ta hänsyn såväl till medicinska överbägganden som till en bedömning av vederbörandes framtida möjligheter att utnyttja den arbetsförmåga, som han kan ha kvar.

För att man skall kunna effektivt bedöma rätten till invalidpension och åstadkomma en lämplig gradering av pensionerna måste rehabiliteringsorganisationen vara väl utbyggd. Detta är nödvändigt för att en tillförlitlig bedömning av en pensions-sökandes försörjningsförmåga skall kunna ske utan dröjsmål. Vid denna prövning måste både medicinens och arbetsvårdens synpunkter få göra sig gällande.

En effektiv rehabiliteringsorganisation är emellertid nödvändig inte endast för prövningen av pensionsrätten utan i ännu högre grad för att man genom lämpliga åtgärder skall kunna minska behovet av invalidpension. Allt som är möjligt att göra för att återställa eller förbättra vederbörandes försörjningsförmåga bör göras — och detta helst innan invalidpension beviljas. Ur den enskildes synpunkt måste det alltid vara av betydande värde, att han

kan helt eller delvis försörja sig själv genom arbete. Också för pensioneringens ekonomi är en väl utbyggd rehabilitering av stor betydelse.

Jag förutsätter därför, att den blivande pensionsreformen förknippas med en utbyggnad av rehabiliteringsorganisationen.

Slutsatsen av vad i det föregående anförts blir, att ju bättre och effektivare försäkringsskydd mot sjukdom, olycksfall och invaliditet som skapas, desto nödvändigare för försäkringen framstår tillgången till rehabiliteringsmöjligheter.

Även från samhällsekonomisk synpunkt är det av stor betydelse, att sjuka och skadade så snart möjligt kan sättas i stånd att återgå i arbete. Kostnaderna för den sociala understödsverksamheten kan hållas nere, samtidigt som produktionen tillföres en arbetsinsats. Om produktionsvärdet av denna insats taxeras så lågt som till 50 kr för dag och person, uppgår ändock värdet av det arbete, som under ett enda år presteras av 1.000 i produktionen inplacerade partiellt arbetsföra, till inte mindre än 15 millioner kr.

Även om sålunda en utbyggd rehabiliteringsverksamhet är väl motiverad från rent ekonomiska synpunkter, vill utredningen dock understryka, att än större vikt måste fästas vid omsorgen om de personer, vilka drabbats av sådan sjukdom eller skada, att de utan rehabiliteringsåtgärder helt eller delvis tvingas till sysslolöshet.

Att beräkna det årliga faktiska rehabiliteringsbehovet är inte möjligt. Detta påverkas i hög grad av en rad faktorer, som är svåra att förutse, bl a tillgången på lämpligt arbete. Utredningen har inte ansett det nödvändigt att fördjupa sig i denna fråga. Det kan dock konstateras, att för vissa grupper av sjuka — lungtuberkulösa, reumatiker, polioska-

dade, psykiskt sjuka m fl — behovet av speciella rehabiliteringsåtgärder är särskilt stort. Av exempelvis 1.300 poliofall med förlamningar år 1950 ansågs enligt uppgifter till medicinalstyrelsen inte mindre än 1.150 eller 88 % vara i behov av medicinsk eftervård. Ofta blir arbetsvårdande åtgärder erforderliga som komplement till de medicinska. Enligt en undersökning, som utfördes år 1948 av dåvarande arbetsmarknads-kommissionen på uppdrag av kommittén för partiellt arbetsföra (någon senare liknande undersökning har inte företagits), framkom, att ca 60.000 partiellt arbetsföra vid denna tidpunkt var i behov av sådana åtgärder för sin inpassning i arbetslivet som arbetsprövning, arbetsträning, yrkesutbildning och arbetsanskaffning. Den största gruppen utgjordes av vanföra, den näst största av lungtuberkulösa, och som tredje grupp kom psykiskt sjuka.

Utredningen har med det anförda närmast önskat klargöra sambandet mellan socialförsäkring och rehabilitering och den sistnämndas ekonomiska betydelse inte minst för socialförsäkringen. Emellertid torde vad sålunda framhållits inte behöva innebära, att särskilda rehabiliteringsanordningar måste organiseras inom försäkringens ram. Tvärtom har utredningen den principiella uppfattningen, att samhällets normala verksamhet för sjukvård och arbetsvård i första hand bör utnyttjas.

Man bör följaktligen eftersträva lösningar enligt den sk normaliseringsprincipen, vilken innebär att säranordningar skapas endast i de fall, där det är klarlagt att de allmänt syftande anordningarna är otillräckliga. Socialförsäkringens lagbestämmelser bör dock vara så utformade, att från försäkring-

ens synpunkt behövliga rehabiliteringsåtgärder kan komma till stånd, då så befinnes påkallat i det enskilda fallet. Socialförsäkringen bör vidare, i den mån det anses lämpligt och erforderligt, administrativt och ekonomiskt medverka i rehabiliteringen. Denna medverkan kan generellt sett förutsättas avse fastställandet av rehabiliteringsbehovet, genomförandet av rehabiliteringsåtgärderna samt efterkontrollen.

Utredningen framlägger i det följande vissa förslag till åtgärder. Härvid har de nuvarande förhållandena fått tjäna som utgångspunkt. Utredningen har sålunda inte ansett sig kunna bygga på antaganden om den kommande utvecklingen på socialförsäkringens område. Den har dock eftersträvat sådana lösningar, som kan visa sig användbara, även om socialförsäkringen skulle genomgå en mera radikal omdaning.

2. Socialförsäkringens administrativa medverkan i rehabiliteringen

Socialförsäkringens medverkan i rehabiliteringsåtgärderna kan, som nämnts, generellt sett förutsättas beröra två huvudområden, dels fastställandet av rehabiliteringsbehovet, dels genomförandet av rehabiliteringsanordningarna. En sådan medverkan från socialförsäkringens sida förutsätter givetvis vissa administrativa anordningar. Vad angår genomförandet av rehabiliteringsåtgärderna kan dessutom ifrågakomma en ekonomisk medverkan direkt eller indirekt.

Anordningar för fastställande av rehabiliteringsbehovet

I fråga om den *medicinska rehabiliteringen* torde behovet av en tidig kontakt med den del av rehabiliteringsklientelet, som är föremål för sjukhusvård, i regel bli tillgodosett genom förekommande samverkan inom och mellan

sjukhusen. Större svårigheter kan framträda i fråga om den öppna vårdens klientel. Här synes de olika försäkringsgrenarna kunna medverka på ett betydelsefullt sätt; inte minst gäller detta de läkare, som är knutna till socialförsäkringen. Centralsjukvårdens förtroendeläkare skall enligt 90 § SFL biträda vid sjukkontrollen inom centralsjukvårdens verksamhetsområde samt i övrigt tillhandagå kassorna i frågor, vilka kräver medicinsk sakkunskap. De har även att söka främja samarbetet mellan allmän sjukvård och inom dess område verksamma läkare. Lagen lägger sålunda huvudvikten vid kontrollsynpunkten. Förtroendeläkarna har dock även åtskilliga andra uppgifter, såsom att bedöma frågor om lämplig vård och meddelande av konvalescentvård, grad av arbetsförmåga, huruvida de sk sammanläggningsreglerna är tillämpliga, ävensom beräkningen av ersättning enligt läkarvårdstaxan.

Även till riks-försäkringsanstalten och de försäkringsbolag, som meddelar yrkesskadeförsäkring, samt till pensionsstyrelsen knutna läkare har uppenbarligen stora möjligheter att jämsides med övriga uppgifter överväga, huruvida genom rehabiliteringsanordningar inom den medicinska sektorn ytterligare förbättring av hälsotillståndet kan vinnas, och, därest så anses vara fallet, påkalla sådana åtgärder, exempelvis remiss till specialistundersökning och rehabiliteringsavdelningar vid lasarett. Ett dylikt förfarande har sedan länge praktiserats inom pensionsstyrelsen i samband med invaliditetsprövningen och visat sig vara av ytterst stor betydelse.

Emellertid är det inte endast läkarnas insatser, som är av betydelse i förevarande sammanhang. Förutsättningen för att läkarna skall kunna från rehabiliteringssynpunkt pröva de olika fallen är, att de underställes läkarna vid

lämplig tidpunkt och att läkarnas intentioner blir beaktade. För att medicinsk rehabilitering skall kunna effektivt främjas av socialförsäkringen erfordras således, dels att ett tillräckligt antal läkare med lämplig kompetens inom medicinens olika områden är knutna till försäkringen, dels att denna läkarexpertis utnyttjas rationellt i förevarande syfte. Några mera omfattande administrativa eller organisatoriska anordningar i syfte att skapa garantier för att medicinska åtgärder blir vidtagna i tid torde inte behöva komma till stånd. De resultat, som kan uppnås, beror i betydande mån på läkarnas intresse för rehabiliteringsfrågan överhuvudtaget. Det torde dock vara av betydelse, att ifrågavarande läkare — bl a de till sjukförsäkringen knutna — i den mån de ej på annat sätt erhåller kunskap om den medicinska rehabiliteringens syfte och arbetsmetoder beredes tillfälle till fortbildning inom området. Det torde sålunda böra ankomma på medicinalstyrelsen att — såvitt ej annan tager initiativ härtill — i samråd med berörda försäkringsinstitutioner, undervisningsmyndigheter och fackorganisationer anordna sådan utbildningsverksamhet.

För att möjliggöra en tidig identifiering av *arbetsvårdsbehovet* torde däremot särskilda anordningar erfordras. Kommittén för partiellt arbetsföra föreslog på sin tid rapporteringsplikt för bl a läkare, men förslaget föranledde inte någon åtgärd. Däremot har förutom det tidigare omnämnda samarbetet med läkare och kuratorer en viss samverkan etablerats mellan arbetsvården och vissa socialförsäkringsinstitutioner. Invalidpensionsärenden har sedan länge varit föremål för arbetsvårdsutredning genom pensionsstyrelsens försorg. Mellan arbetsmarknadsstyrelsen och pensionsstyrelsen har numera överenskommits, att pensionsnämnderna för utred-

ning av arbetsvårdsbehovet skall söka kontakt med vederbörande arbetsvårds-expedition. Pensionsstyrelsen påkallar även själv i viss omfattning sådan utredning genom arbetsvårdsorganen. Beträffande riks-försäkringsanstalten gäller alltsedan 1945, då arbetsvården för militärskadade påbörjades, att anstalten för utredning underställer arbetsmarknadsstyrelsen eller länsarbetsnämnderna alla långvariga militärsättningsfall. I någon mån tillämpas ett sådant förfaringssätt även i fråga om vissa yrkesskadeförsäkringsfall. På några håll i landet har slutligen visst samarbete inletts mellan centralsjukvårdskassorna och arbetsvårdsorganen. Samverkan förekommer också, om än mera sporadiskt, mellan dessa sistnämnda organ och vissa privata försäkringsinrättningar.

Mera fast har dock samarbetet mellan socialförsäkringen och arbetsvårdsadministrationen ej utformats. Detta sammanhänger väl närmast med att arbetsvårdsorganen på grund av otillräckliga personalresurser ej ansett det möjligt åtaga sig det merarbete, som formella överenskommelser om organiserat samarbete bedömts medföra. Såsom tidigare framhållits, torde detta emellertid ha medverkat till att frågan om arbetsvårdsåtgärder i åtskilliga fall ej diskuterats förrän på ett stadium, då den hjälpbehövande kommit i ett sämre utgångsläge, ofta t ex först i samband med att frågan om socialhjälp eller invalidpension aktualiserats.

Genom den allmänna sjukförsäkringens tillkomst har långt bättre förutsättningar än förut skapats för en tidig identifiering av hjälpbehovet. Sjukvårdskassorna får automatiskt kännedom om så gott som alla mera varaktiga sjukdomsfall. Genom samordningen med yrkesskadeförsäkringen erhåller man kännedom även om de sjukdoms- och olycksfall, som omfattas av sistnämnda för-

säkring. Därmed har sjukförsäkringen i själva verket kontakt med huvudparten av de i sammanhanget aktuella fallen. Också om de presumtiva pensions- och socialvårdsfallen får sjukkassan känedom. Undantag utgör egentligen endast militärskadefallen, vilka emellertid genom nyssnämnda samarbete mellan riks-försäkringsanstalten och arbetsmarknadsstyrelsen blir uppmärksammade i annan ordning. Uppenbarligen är det av värde att utnyttja denna sjuk-kassornas kunskap. Ett nära samarbete mellan sjukförsäkring och arbetsvård framstår för den skull som högst eftersträvansvärt. Samarbetet mellan arbetsvården och övriga socialförsäkringsgrenar blir härigenom inte överflödigt. Det kan organisatoriskt genomföras på olika sätt. Någon form av rapportering från socialförsäkringens sida till arbetsvårdsorganen blir under alla förhållanden erforderlig. En sådan ovillkorlig rapporteringsplikt, som föreslogs av kommittén för partiellt arbetsföra, torde dock inte vara nödvändig eller önskvärd.

För att i olika avseenden lättare kunna taga ställning till den aktuella frågan om samarbete mellan sjukförsäkring och arbetsvård har utredningen ansett sig böra inhämta praktisk erfarenhet genom att anordna viss försöksverksamhet. I samråd med arbetsmarknadsstyrelsen har sådan verksamhet ägt rum sedan år 1956 i Jönköpings, Gotlands och Norrbottens län samt i städerna Stockholm och Eskilstuna. En redogörelse för 1956 års försöksverksamhet lämnas särskilt i en till detta betänkande fogad bilaga.

De spörsmål, som främst syntes av intresse att få belysta genom försöksverksamheten, har varit:

1) vad som genom ett organisatoriskt samarbete mellan sjukkassorna och arbetsvårdsorganen kan uppnås till för-

del för en tidigare kontakt med arbetsvårdsfall,

2) efter vilken sjukhjälpstid man genom sjuk-kassorna bör aktualisera en prövning av arbetsvårdsbehovet,

3) hur samarbetet lämpligast bör organiseras samt

4) vilka konsekvenser i personalavseende ett samarbete mellan sjuk-kassorna och arbetsvårdsorganen för med sig.

Med hänsyn till försöksområdenas olika struktur har verksamheten varit upplagd något olika på skilda håll. Dock har för samtliga områden gällt, att man i största möjliga utsträckning sökt undvika ett omständligt skriftligt rapporteringsförfarande och i stället prövat metoden med en genomgång av hjälpfall i ett samarbetslag, där såväl sjuk-kassan som arbetsvårdsorganet representerats genom tjänstemän och läkare. Inom detta arbetslag har till prövning upptagits arbetsvårdsbehovet hos de personer, som uppnått viss sjukhjälpstid. Längden av denna har fastställts något olika inom de av försöksverksamheten berörda områdena. Sjukhjälpstiden har dock inte alltid varit från början fixerad utan fastställts först så småningom med ledning av erfarenheterna. Även om den fastställda sjukhjälpstiden inte uppnåtts, har arbetslaget upptagit ärenden, i vilka risker för den sjukes framtida försörjningssvårigheter ansetts uppenbara.

Genom försöksverksamheten har arbetsvård aktualiserats för 507 personer. Beträffande inte mindre än 391 av dessa personer eller 77,1 % av hela antalet har det varit fråga om nya, av arbetsvården inte tidigare kända fall. Detta resultat tillåter enligt utredningens mening den slutsatsen, att ett samarbete mellan sjukförsäkring och arbetsvård möjliggör en tidigare identifiering än eljest av arbetsvårdsbehovet. Konsekvensen härav bör bli, att anordningar

för ett organiserat samarbete mellan sjukassorna och arbetsvårdsorganen snarast vidtages i syfte att aktualisera arbetsvårdsfall bland sjukasseklientelet. Utredningen anser, att det bör ankomma på tillsynsmyndigheten över de allmänna sjukassorna och på arbetsmarknadsstyrelsen att föranstalta om erforderliga åtgärder för åstadkommande av ett sådant samarbete.

Vad gäller den tidpunkt, då sjukassa lämpligen bör aktualisera frågan om arbetsvårdsåtgärder, har försöksverksamheten inte givit något bestämt utslag. Vissa erfarenheter ger vid handen, att det i många fall inte är påkallat med en prövning av arbetsvårdsbehovet förrän efter en sjukhjälpstid av 5 à 6 månader. Skall en tidig kontakt kunna erhållas beträffande sjuka, som utan att vara sjukskrivna längre tid i följd ändå är jämställda med långtidssjuka vad avser arbetsvårdsbehovet, synes dock erfarenheterna tala för att en prövning av hjälpbehovet bör komma till stånd senast, då sjukhjälp utgått inemot 3 månader. Därigenom skulle också prövningen kunna omfatta även sådana yrkesskadefall, vilka efter samordningstidens utgång överföres till yrkesskadeförsäkringen. En sådan tidig prövning skulle vidare ge goda förutsättningar för medicinska rehabiliteringsåtgärder, något som i och för sig kan anses utgöra ett tillräckligt skäl för en tidig genomgång av klientelet. Den omständigheten, att det ekonomiska ansvaret för sjukpenningförsäkringen helt övergår från lokalsjukassorna till vederbörande centralsjukassa efter en sjukhjälpstid av 90 dagar, utgör också ett skäl till att en tidig genomgång av sjukasseklientelet från rehabiliteringsynpunkt sker. Med hänsyn till vad sålunda anförts anser utredningen, att en prövning av arbetsvårdsfrågan i princip bör påkallas av sjukassorna, så

snart det i det enskilda fallet synes uppenbart, att sjukdomen eller skadan kan föranleda framtida försörjningssvårigheter. En dylik prövning bör under alla omständigheter automatiskt komma till stånd, då sjukhjälp i form av sjukpenning eller ersättning för sjukhusvård utgått inemot 3 månader.

Det kan emellertid ifrågasättas, om prövningen skall innefatta alla sjukskrivna. Ställning till sistnämnda spörsmål har tagits i endast ett försöksområde, där man förordat, att samtliga sjukpenningförsäkrade upp till 67 år blir föremål för prövning av samarbetslaget. För närvarande torde dock de faktiska möjligheterna att vidtaga arbetsvårdande åtgärder för personer upp emot pensioneringsåldern vara ytterst begränsade. En rapportering av sådana försäkrade kan med hänsyn härtill som regel inte väntas leda till något positivt resultat. Under försöksverksamheten har personer över 60 år inte heller annat än i undantagsfall berörts av kassornas rapporteringsskyldighet, som ej heller omfattat icke-förvärvsarbetande. Utredningen anser begränsningar av detta slag rimliga. I princip bör emellertid samtliga sjukskrivna omfattas av rapporteringen. I den mån arbetsvårdens hjälpmöjligheter ökar, exempelvis beträffande tillgången på skyddad sysselsättning samt träningsmöjligheter för bla invalidiserade husmödrar, förutsätter utredningen sålunda, att de nu förordade begränsningarna i sjukassornas rapporteringsskyldighet skall kunna omprövas och anpassas efter läget inom respektive sjukasseområde.

I fråga om formerna för samarbetet synes systemet med ett samarbetslag, inom vilket en genomgång av sjukskrivna sker för en bedömning av rehabiliteringsbehovet, ha fungerat tillfredsställande och väl kunna tjäna som förebild för en permanent samverkan mellan

sjukassorna och arbetsvårdsadministrationen. Genom anordningen har remisserna till den senare kunnat begränsas betydligt. Vidare föreligger vid ett samarbete av detta slag möjligheter till en samtidig bedömning från såväl medicinsk som arbetsvårdande synpunkt. Samarbetet mellan sjukassorna och arbetsvårdsorganen synes därför kunna utformas i stort efter de riktlinjer, som utprovats under försöksverksamheten.

Utredningen vill i detta sammanhang understryka vikten av att samtliga av detta samarbete berörda beaktar gällande sekretessbestämmelser.

Beträffande konsekvenserna i personalavseende för sjukassorna respektive arbetsvårdsadministrationen av ett samarbete av nyssberört slag utvisar försöksverksamheten, att en viss ökning av arbetet uppkommer på båda hållen. Detta merarbete blir dock i intetdera fallet särskilt betydande. Vad gäller arbetsvårdsorganisationen kan arbetsökningen likväl nödvändiggöra en viss förstärkning av personalen, eftersom denna uppgivits vara otillräcklig redan med hänsyn till nuvarande arbetsuppgifter. Inom sjukassorna torde sjukkontrollanterna i viss utsträckning böra utnyttjas för utredningsuppgifter i samband med det förordade samarbetet. En förstärkning av sjukkontrollantorganisationen kan därför bli nödvändig. Till sjukkontrollanternas arbetsuppgifter återkommer utredningen i det följande.

Som tidigare berörts, är en förutsättning för ett samarbete på den medicinska rehabiliteringens område, att det hos socialförsäkringen finnes ett tillräckligt antal kvalificerade läkare. Denna förutsättning gäller även det samarbete, som avser arbetsvården. En viss förstärkning av läkarexpertisen hos sjukassorna liksom även inom arbetsvårdsorganisationen blir därför säkerligen nödvändig, om de nytillkomna ar-

betsuppgifterna skall kunna bemästras. Det förefaller för övrigt vara önskvärt, att samma läkare är knutna till sjukassorna och till arbetsvårdsorganen.

Enligt utredningens mening bör det ankomma på tillsynsmyndigheten över de allmänna sjukassorna och på arbetsmarknadsstyrelsen att med utgångspunkt från erfarenheterna i de län, där försöksverksamheten pågått, vidtaga erforderliga åtgärder för en förstärkning av läkarexpertisen och för erforderlig utbildning och utökning av annan personal.

Genom ett administrativt samarbete av förordad slag mellan sjukförsäkring och arbetsvård torde förutsättningar skapas för en tidig identifiering av flertalet arbetsvårdsfall. Där arbetsvårdsåtgärder i visst fall ej är aktuella vid en första genomgång i samarbetslaget förutsättes, att man omprövar arbetsvårdsfrågan efter viss lämplig tid. Emellertid kan under mellantiden inträffa, att ärendet kommer utanför sjukassans intressesfär. För ett fortsatt uppmärksammande av dylika fall synes särskilda anordningar erforderliga. När sålunda fråga är om yrkesskadefall, som överlämnas från sjukförsäkringen till yrkesskadeförsäkringen, torde sjukassan i förekommande fall till försäkringsinrättningen böra anmäla, huruvida ärendet aktualiserats hos arbetsvårdsmyndigheten och i så fall vilka åtgärder, som eventuellt planerats. Där arbetsvårdsåtgärder ej varit planerade före avlämnandet, bör yrkesskadeförsäkringsinrättningen ägna frågan uppmärksamhet och i förekommande fall taga kontakt med arbetsvårdsorganen, när dylika åtgärder eventuellt bör vidtagas. I likhet med vad som prövats på det lokala stadiet, synes ett mera direkt samarbete mellan försäkringsinrättningarna och arbetsmarknadsstyrelsen böra upprättas, vilket skulle kunna fungera

smidigare än det för närvarande i viss omfattning tillämpade rapporteringsförfarandet. Utredningen föreslår, att förutsättningarna för ett dylikt samarbete snarast överväges av respektive parter. Då det gäller fall, som över huvud taget ej kommer under sjukkassans prövning, t ex militärskadeersättningsfallen, bör den nu tillämpade ordningen alltjämt begagnas, men samarbetet mellan riks försäkringsanstalten och arbetsmarknadsstyrelsen kan måhända inledas på ett tidigare stadium än vad som nu är fallet.

För dem, som utförsäkras i sjukpenningförsäkringen men alltjämt är arbetsoförmögna eller lider av höggradig nedsättning av arbetsförmågan, kan det bli aktuellt med invalidpension eller sjukbidrag från folkpensioneringen. I sjukförsäkringen tillgängligt material avseende rehabiliteringsfrågan bör ställas till pensionsmyndighetens förfogande. Centralt bör det mellan pensionsstyrelsen och arbetsmarknadsstyrelsen inledda samarbetet på förevarande område fortgå och eventuellt utvidgas.

Anordningar för genomförande av rehabiliteringsåtgärderna

För genomförandet av rehabiliteringsåtgärder har socialförsäkringen som regel ej byggt upp egna institutioner utan i stället utnyttjat de anordningar härför, som eljest finnes tillgängliga. Inom den *medicinska rehabiliteringen* kan emellertid vissa särskilda anordningar inom socialförsäkringens ram redovisas. Sådana är exempelvis pensionsstyrelsens invaliditetsförebyggande verksamhet, där särskilda sjukhus och sjukhusavdelningar drives i styrelsens regi, och den konvalescenthemsvärksamhet, som bedrivs av sjukkasor. Utifrån normaliseringsprincipen kan lämpligheten av dylika särinstitutioner

vid sidan av den allmänna sjukvården diskuteras. Man torde emellertid böra bedöma verksamheten mot bakgrunden av tillgängliga resurser inom den allmänna sjukvården och dess möjligheter att tillgodose ifrågavarande vårdbehov. Utredningen vill dock här erinra om att tanken att låta pensionsstyrelsens sjukvårdande verksamhet uppgå i den allmänna sjukvården varit aktuell vid flera tillfällen men hittills inte föranlett några åtgärder. Frågan utredes för närvarande av utredningen rörande pensionsstyrelsens sjukvårdande verksamhet, och med hänsyn härtill har utredningen om socialförsäkring och arbetsanpassning inte funnit anledning att närmare ingå på detta spörsmål.

Utredningen har ej heller ansett sig böra pröva frågan om lämpligheten av att konvalescentverksamhet bedrivs i sjukkassornas regi. De av sjukkassorna bedrivna konvalescenthemmen torde nämligen i stor utsträckning ha karaktären av vilohem. Utredningen vill dock framhålla önskvärdheten av att ifrågavarande konvalescentvård kompletteras med erforderliga resurser för medicinsk rehabilitering i de fall, där syftet med vården inte enbart är att möjliggöra erforderlig vila efter en genomgången sjukdom, innan vederbörande återgår till sitt vanliga arbete. Sådana resurser står numera sällan till konvalescenthemmens förfogande.

Inom *arbetsvårdens* område finnes för närvarande inga institutioner, organiserade eller drivna av socialförsäkringen. Även om de nuvarande resurserna är begränsade, saknas enligt utredningens mening anledning att förorda, att särskilda institutioner för arbetsprövning, arbetsträning, yrkesutbildning etc organiseras fristående i socialförsäkringsinstitutionernas regi.

Med utgångspunkt från att socialför-

säkringen framdeles liksom hittills som regel inte skall ha att svara för själva rehabiliteringsanordningarna kan det dock böra undersökas, om inte socialförsäkringen på annat sätt bör medverka vid rehabiliteringsåtgärdernas genomförande. Administrativt torde en sådan medverkan kunna tänkas i samband med utredning av hjälpbehovet i de enskilda fallen. Utredningen anser sålunda, att sådana uppgifter, som för bedömningen av hjälpbehovet är värdefulla och som redan finnes tillgängliga hos försäkringsadministrationen, inte bör anskaffas genom nya utredningar utan i förekommande fall tillhandahållas de arbetsvårdande organen. Med utgångspunkt bl a från erfarenheterna av försöksverksamheten kan det därjämte ifrågasättas, om inte visst, för arbetsvårdsutredningen ytterligare erforderligt material med fördel kunde införskaffas genom socialförsäkringen, speciellt sjukförsäkringen. Utredningen syftar närmast på ett bättre utnyttjande av sjukkontrollanterna, vilkas nuvarande i huvudsak negativa kontrolluppgift i fråga om den öppna vårdens klientel härigenom kunde kompletteras med en mera positivt inriktad verksamhet. Denna verksamhet torde kunna bedrivas, utan att kontrollsynpunkterna behövde eftersättas. För den antydda utvecklingen synes förutsättningen vara, att man vid rekryteringen till sjukkontrollantbefattningarna beaktar den förändring i arbetsuppgifterna, som omläggningen medför, och sålunda inriktar sig på personal med en utbildning, lämpad för mera kurativt betonade arbetsuppgifter. För att göra redan anställd personal förtrogen med de nya arbetsuppgifterna torde viss fortbildning i bl a kursform böra ifrågakomma, förslagsvis genom Svenska sjukkasseförbundet, som bedriver utbildningsverksamhet för anställda inom de allmänna sjukkassorna. Ut-

redningen förordar, att försök med verksamhet av här angivet slag igångsättes inom sjukförsäkringen.

3. Socialförsäkringens ekonomiska medverkan i rehabiliteringen

Stöd åt institutioner för rehabilitering

I det föregående har utredningen intagit den ståndpunkten, att socialförsäkringen för genomförande av rehabiliteringsåtgärder som regel skall utnyttja de institutioner för sådant ändamål, som finnes inom den allmänna sjukvården liksom inom sjukvården i övrigt. Med hänsyn bl a härtill aktualiseras frågan, om inte ekonomiskt stöd från försäkringen borde utgå till de institutioner och organ, som svarar för rehabiliteringsverksamheten och därmed förenade kostnader. Här avses närmast institutioner för medicinsk rehabilitering i detta ords mera begränsade betydelse samt inom arbetsvårdsområdet institutioner för arbetsprövning, arbetsträning, yrkesutbildning samt skyddad sysselsättning.

Till en början må konstateras, att gällande socialförsäkringslagstiftning inte förutser, att försäkringen såsom sådan direkt skall kunna giva ekonomiskt stöd av här ifrågasatt slag åt institutioner stående utanför försäkringen. Socialförsäkringen bygger på att erforderliga anordningar för medicinsk och annan rehabilitering skall finnas inom samhället. Det bör påpekas, att den av pensionsstyrelsen bedrivna invaliditetsförebyggande verksamheten — tidigare bedriven såsom ett led i en försäkringsverksamhet — numera helt finansieras med skattemedel.

Vid bedömandet av hithörande problem har man därför i första hand att utgå ifrån att socialförsäkringen inte skall driva eller bidra till institutio-

ner för rehabilitering. I den mån socialförsäkringens kontantförmåner stiger, kan det dock ej bortses från att det blir alltmer nödvändigt för socialförsäkringen, att rehabiliteringsanordningar finnes. Socialförsäkringen har jämväl intresse av att nedsättning av arbetsförmågan förebygges; ofta är gränsdragningen mellan förebyggande och återställande åtgärder svår att göra. Vid prövningen av försäkringsfallen framstår ofta rehabiliteringsåtgärder som brådskande, varför det är angeläget att rehabiliteringsinstitutionerna är rustade att snabbt taga hand om uppkommande fall. Skulle det således visa sig, att rehabiliteringsanordningar, som socialförsäkringen behöver ha tillgång till, inte i erforderlig utsträckning kommer till stånd och ej erhåller nödig kapacitet, måste tydligen frågan om insatser på detta område från socialförsäkringens sida upptagas till övervägande. Skulle en pensionsreform genomföras och en budget för pensionssystemet uppläggas vid sidan av statsbudgeten på det sätt, den allmänna pensionsberedningen ifrågasatt, synes möjlighet böra föreligga att i denna budget upptaga för rehabiliteringsändamål erforderliga medel.

Det kunde ifrågasättas, om inte kostnader för rehabiliteringsanordningarna under alla förhållanden borde i princip belasta socialförsäkringen i proportion till anordningarnas utnyttjande för försäkrades räkning. En sådan ordning skulle dock innebära ett radikalt frångående av hittills tillämpade principer för kostnadernas täckande inom bl a sjukvården med återverkningar även på ansvarsfördelningen. Frågan rymmer många aspekter och kräver för ett bedömande ingående undersökningar. Utredningen, som vid sina överväganden torde ha att bygga på de nuvarande förhållandena, har utgått från, att kostna-

derna för rehabiliteringsanordningarna såsom hittills tills vidare bestrides av staten, landstingen och kommunerna. För staten och landstingen torde för övrigt ifrågavarande kostnader sakna större betydelse. Däremot skulle bidrag från socialförsäkringen måhända spela större roll för kommunerna, vilka i vissa fall torde hysa ekonomiska betänkligheter, när det gäller tex igångsättandet av skyddad verksamhet, som är mest aktuell för dessa huvudmän. Något skäl att enbart av nämnda anledning införa en annan ordning synes dock inte föreligga. I den mån kommunerna kan behöva ytterligare stimulans till åtgärder på området, torde detta bäst ske genom en förbättring av förefintliga statsbidragsmöjligheter. I fråga om såväl arbetsträning som skyddad verksamhet har staten hittills lämnat bidrag med *högst* 50 % av kostnaderna för arbetsledning samt dessutom med hela kostnaden för desinfektionsanordningar för tuberkulösa. I enlighet med förslag i 1958 års statsverksproposition (V ht) har riksdagen emellertid beslutat, att bidraget fr o m år 1958 skall utgå med ett belopp motsvarande 40 % av bidragsunderlaget, vilket procenttal nära överensstämmer med det genomsnittliga bidrag, som utgått under senare år. I särskilda fall förutsättes dock bidrag kunna utgå med *högst* 45 %.

I vissa fall svarar enskilda huvudmän för rehabiliteringsåtgärderna. Medicinsk rehabilitering exempelvis förekommer vid bl a en del konvalescenthem drivna av enskilda organisationer. Beträffande flertalet av dessa institutioner torde dock huvudmännen åtnjuta anslag och bidrag från samhällets sida, framför allt genom landstingen. Vad gäller enskilda organisationer, som driver arbetsvårdande verksamhet — huvudsakligen i form av arbetsträning och skyddad sysselsättning — eller enskilda

företagare, som anordnar halvskyddad sysselsättning, kan statsbidrag till verksamheten ifrågakomma enligt samma grunder, som gäller i de fall landsting eller kommun svarar för dylik verksamhet. På en del håll utgår därjämte kommunala bidrag. Med hänsyn till att samhället ekonomiskt, om än endast delvis, redan står bakom även här nämnda rehabiliteringsverksamhet, synes inte heller i detta fall skäl föreligga för en ekonomisk medverkan från socialförsäkringens sida.

Enligt utredningens uppfattning synes det för närvarande saknas anledning påfordra direkt ekonomiskt stöd från socialförsäkringens åt institutioner för rehabilitering. Frågan torde emellertid vid en eventuell framtida översyn av socialförsäkringens böra bli föremål för prövning.

Stöd åt den enskilde vid medicinsk rehabilitering

Gällande bestämmelser

För socialförsäkringens ekonomiska medverkan vid genomförandet av medicinsk rehabilitering i det enskilda fallet gäller för närvarande följande.

Sjukförsäkring

Enligt 15 § SFL gäller för *den slutna vården*, att ersättning i princip utgives med hela beloppet av vårdavgiften på allmän sal. I fråga om sjukhusvårdserättningen tillämpas bestämmelser om viss längsta tid, för vilken ersättning utgår vid varje sjukdom. Bestämmelser om sjukhjälpstiden, vilka återfinnes i 29 §, innebär, att denna för andra än folkpensionärer är 730 dagar, under det att den för sistnämnda kategori i princip är endast 90 dagar. I proposition nr 126 till 1958 års riksdag förordas dock, att sistnämnda tid skall utökas till 180 dagar.

I SFL finnes bestämmelser om ersättning vid *öppen läkarvård* i 14 §. Den försäkrades kostnader för sådan vård ersättes med 3/4 av utgifterna eller, då dessa överstiger det belopp vartill de enligt av Konungen fastställd taxa skall beräknas utgå, med 3/4 av sistnämnda belopp.

Enligt lagens 18 § får lokalsjukkassa och av stad anordnad centralsjukkassa med tillsynsmyndighetens medgivande och enligt de närmare föreskrifter, som denna utfärdar, besluta, att sjukvårdsförsäkring i kassan skall omfatta kostnader för »sjukgymnastik eller eljest behandling med bad, massage, elektricitet eller hetluft eller annan därmed jämförlig behandling eller för konvalescentvård». Riksförsäkringsanstalten har förordat, att kassorna skall utge ersättning för sådana sjukvårdande åtgärder och i anslutning härtill meddelat förslag till bestämmelser härom. Enligt uppgift från riksförsäkringsanstalten har samtliga kassor numera i sina stadgar infört bestämmelser av följande lydelse:

Sjukvårdsförsäkring i kassan inbegriper ersättning för försäkrads kostnader för vid sjukdom erforderlig och efter läkares föreskrift meddelad behandling och vård i enlighet med vad nedan sägs. Härvid undantages läkarvård och sjukhusvård, som medför rätt till ersättning enligt 14 och 15 §§ lagen om allmän sjukförsäkring.

Ersättning utgives med 3/4 av försäkrads kostnader för

dels sjukgymnastisk behandling (rörelsebehandling och massage), därest behandlingen meddelats av läkare eller legitimerad sjukgymnast eller ock av person, som upptagits i en av Riksförsäkringsanstalten fastställd förteckning över personer med sjukgymnastisk utbildning,

dels behandling med hetluft, diathermi och kortvåg, därest behandlingen meddelats under ledning och direkt ansvar av läkare, sjuksköterska, legitimerad sjukgymnast eller i nyss angiven förteckning upptagen person och i omedelbart samband med sjukgymnastisk behandling, arbetsterapi eller arbetsträning,

dels ock foniatrisk behandling, som meddelats under ledning och direkt ansvar av läkare.

Överstiger den försäkrades kostnad för behandling, som nu sagts, det belopp, som för behandlingen anges i en av Riksförsäkringsanstalten fastställd taxa, utgives dock endast 3/4 av nämnda belopp.

Om tid för behandling överstiger eller beräknas överstiga 60 dagar, åligger det den försäkrade att utan dröjsmål underrätta sjukkassan härom, vid äventyr att rätten till ersättning förloras beträffande behandling, som meddelats efter det underrättelse sålunda skolat ske.

När kassan mottagit underrättelse, som nu sagts, eller eljest erhållit kännedom om behandlingstid av i föregående stycke angiven längd, skall kassan, därest det ej med hänsyn till omständigheterna framstår som uppenbart obehövt, inhämta yttrande från centralsjukkassans förtroendeläkare angående erforderligheten av behandlingen. Finner kassan därefter, att ytterligare ersättning ej skall utgå till följd av att behandlingen ej anses erforderlig, skall den försäkrade omedelbart underrättas därom, dock med iakttagande att ersättning ej må vägras för behandling, som meddelats före det underrättelsen mottagits.

Vad i nästföregående stycke sagts gäller i tillämpliga delar, där behandlingstiden beräknas ej överstiga 60 dagar men kassan är tveksam om behandlingens erforderlighet.

Ersättning utgives vidare med 3/4 av försäkrads kostnad för vård vid konvalescenthem, som upptagits i en av Riksförsäkringsanstalten fastställd förteckning, dock med iakttagande dels att ersättningen utgår med högst 3 kr per vård dag eller, om vårdavgiften på allmän sal vid den försäkrades hemortslasarett överstiger 3 kr, med högst det belopp per vård dag, vartill nämnda avgift uppgår, dels ock att ersättning icke utgives till sjukpenningförsäkrad för så stor del av kostnaden, att återstående del kommer att understiga det belopp, varmed den försäkrades sjukpenning jämlikt 25 § sjukförsäkringslagen minskas vid sjukhusvård. Ersättning, som nu sagts, utgives för högst 60 dagar vid varje sjukperiod.

Ersättning enligt denna paragraf omfattar ej kostnad för resa för erhållande av behandling eller för resa till eller återresa från konvalescenthem.

Sjukförsäkringen utger viss ersättning för *resekostnader* vid resor till och från läkare samt till och från sjukvårdsinrättning enligt bestämmelserna i lagens 16 och 17 §§.

Yrkesskadeförsäkringen (och ersättning enligt militärsättningsförordningen)

I 12 § YFL och 6 § MEF finnes bestämmelser om ersättning för *såväl öppen som slutet vård*. Dessa bestämmelser ger avsevärt större försäkringsskydd än motsvarande bestämmelser i SFL. Erforderliga kostnader för läkar-, tandläkar- eller sjukhusvård eller läkemedel, ävensom nödiga utgifter för resor ersättes sålunda helt.

Med läkarvård likställes sjukgymnastik eller eljest behandling med bad, massage, elektricitet eller hetluft eller annan därmed jämförlig behandling, som meddelas efter läkares föreskrift. Kan läkarvård ej anskaffas utan oskäligen omgång eller kostnad, må ersättning i stället lämnas för annan lämplig vård.

Ersättning skall ock utgå för erforderliga kostnader för *särskilda hjälpmedel* till lindrande av menliga följder av skada, såsom kryckor, konstgjorda lemmar och glasögon. Erfordras förnyelse av dylika hjälpmedel må, när skäl därtill prövas föreligga, kostnaden härför ersättas genom ett årligt belopp, som svarar mot den sannolika årliga kostnaden för förnyelsen, eller genom ett belopp för en gång, motsvarande kostnadens kapitalvärde enligt beräkningsgrunder, som fastställas av Konungen.

Det bör uppmärksammas, att ersättning enligt YFL i regel inte utgår för vård, som meddelas under den sk samordningstiden. Ersättning för vård under nämnda tid utgår från sjukförsäkringen och enligt dess bestämmelser.

Folkpensioneringen

Enligt bestämmelserna i 36 § tredje stycket FPL äger pensionsstyrelsen att, om styrelsen för bedömandet av ansökan om invalidpension, sjukbidrag, blindtillägg eller vårdtillägg finner det

erforderligt, föreskriva såsom villkor för rätt till pension, att sökandens hälsotillstånd skall undersökas på sjukvårdsanstalt eller av läkare, som av styrelsen bestämmes.

Den förevarande bestämmelsen i FPL kompletteras i viss mån genom de möjligheter, som pensionsstyrelsens individuella invaliditetsförebyggande verksamhet erbjuder från rehabiliterings-synpunkt. Rörande denna verksamhet har bestämmelser utfärdats genom kungl brev den 22 maj 1953. Kostnaden för vård, som meddelas enligt nämnda bestämmelser, bestrides av för ändamålet anvisade medel och kan avse bl a läkarundersökning och läkarintyg, läkarbehandling och tandvård samt vård å kuranstalt, sjukhus eller annan anstalt ävensom, där så med uppenbar fördel kan ske och anstaltsvård inte kan erhållas eller inte lämpligen anses böra ifrågakomma, för vård hos enskilda. Vidare kan kostnaden bestridas för anskaffande av bandage, konstgjorda lemmar o dyl under vårdtiden samt för den sjukes och honom åtföljande vårdares resor till och från läkare och anstalt, för underhåll under resorna och för ersättning åt vårdaren. Som allmän regel gäller dock, att det, innan beslut om sådan behandling och vård meddelas, bör prövas, huruvida inte bidrag till kostnaden härför må kunna påräknas från annat håll och göras till villkor för styrelsens ingripande.

Kostnader vid slutna vård

I fråga om den slutna vården kan konstateras, att samtliga i det föregående redovisade åtgärder inom den medicinska rehabiliteringen med undantag av arbetsterapi samt proteser och andra tekniska hjälpmedel för närvarande står till patienternas förfogande utan särskilda kostnader. Vad gäller arbetsterapi tillämpas vid vissa sjukhus den an-

ordningen, att patienten får ersätta huvudmannens självkostnader för terapimaterial. Praxis skiftar dock. En viss kostnad torde emellertid i allmänhet åvila patienten, varför en ekonomisk medverkan från socialförsäkringens sida utöver vårdavgiften till dessa särskilda kostnader kunde ifrågasättas.

Som framgått av det föregående, synes arbetsterapi numera kunna betraktas som ett direkt led i sjukhusvården, varför kostnaderna i princip liksom i fråga om övrig behandling torde böra åvila huvudmannen. I ett kammarrättsutslag av den 15 februari 1956 uttalar direkt, att arbetsterapi måste anses ingå i den vid sjukhuset meddelade vården. Utslaget innebär, att en kommun, som ersatt kostnaderna för vården, inte är skyldig att därutöver ersätta kostnaderna för arbetsterapimaterial.

I fråga om material för arbetsterapi, ordinerad av läkare, vill utredningen sålunda rekommendera, att huvudmannen svarar för kostnaderna. Anledning saknas att för detta speciella ändamål skapa former för en ekonomisk medverkan från socialförsäkringens sida. I den mån patienten för egen del eller för avyttring önskar förvärva den färdiga produkten, finner utredningen dock skäligt, att patienten skall ha att till självkostnadspris ersätta huvudmannen för dennes materialkostnader.

Beträffande bestridandet av kostnaderna för proteser och andra tekniska hjälpmedel finnes särskilda regler, gemensamma för den slutna och öppna vården. Dessa regler belyses i det följande (s 37).

Kostnader vid öppen vård

I den öppna vården kan för den enskilde utöver kostnader för läkarvården uppstå kostnader i samband med sjukgymnastik, arbetsterapi, annan fysikalisk terapi samt funktionsprövning.

Sjukförsäkringen

Inom SFL gäller mera restriktiva bestämmelser än inom YFL och MEF. Sådana viktiga delområden av den medicinska rehabiliteringen som funktionsprovning och arbetsterapi liksom under vissa förutsättningar även en del behandlingsformer inom den övriga fysikaliska terapin ställes för närvarande utanför sjukförsäkringens ekonomiska medverkan. Inte minst mot bakgrunden av de nya strävandena inom medicinen, sådana de kommer till uttryck i tex medicinalstyrelsens tidigare omnämnda VPM av den 2 mars 1954, synes det erforderligt att bringa sjukförsäkringens bestämmelser i bättre överensstämmelse med riktlinjerna inom den medicinska rehabiliteringen. För att möjliggöra detta föreslår utredningen, att bestämmelserna i 18 § SFL ändras på sätt, som möjliggör att ersättning kan utgivas enligt grunder, som motsvarar vad i det följande föreslås i fråga om 12 § YFL och 6 § MEF, och att tillsynsmyndigheten över de allmänna sjukkassorna till provning upptager frågan om införande av motsvarande bestämmelser i sjukkassornas stadgar. Dessa ändringar skulle innebära, att ersättning kunde utgivas jämväl för sådan funktionsprovning och arbetsterapi, som genomföres efter föreskrift av läkare, tjänstgörande vid institution, vilken bedriver dylik verksamhet och därtill godkänts av medicinalstyrelsen.

I förevarande sammanhang har utredningen diskuterat även frågan om ersättning för försäkrads kostnader för resor i samband med behandlingen. Dylika kostnader kan för den enskilde under mindre gynnsamma förhållanden bli rätt kännbara. Emellertid måste en sådan utvidgning av försäkringens ekonomiska åtaganden inge starka betänkligheter. Dels skulle försäkringens resekostnader öka högst väsentligt, dels

skulle svårigheter uppstå att avgöra, huruvida resorna väsentligen föranletts av behandlingen eller av andra skäl. Med hänsyn härtill har utredningen inte ansett sig böra föreslå någon ändring i nu gällande ordning i vad avser resebidrag från sjukförsäkringen. Utredningen vill dock framhålla angelägenheten av att andra möjliga åtgärder vidtages, som underlättar för sjuka och skadade att utan större kostnader och om möjligt i hemorten erhålla den behandling, som från medicinsk synpunkt anses erforderlig. I sådant syfte har man på sina håll ordnat så, att sjukgymnasten även utom tätbebyggelse besöker patienterna i hemmet och där ger behandling. Om därvid inom området verksamheten ordnas så, att flera patienter samtidigt besökes, kan de sammanlagda resekostnaderna nedbringas. Utredningen finner lösningar av detta slag värdefulla och vill förordna, att dylika anordningar mera allmänt kommer till stånd.

Yrkesskadeförsäkringen (och ersättning enligt militärsättningsförordningen)

Bestämmelserna i 12 § YFL och 6 § MEF synes ej täcka funktionsprovningen och ej heller arbetsterapi. Då dessa undersöknings- och behandlingsformer är av stor betydelse såväl för den sjuke eller skadade som för storleken av de kontanta ersättningar, som skall utgivas, är det enligt utredningens uppfattning önskvärt, att de angivna bestämmelserna kompletteras, så att de avser även undersöknings- och behandlingsformerna i fråga. För förebyggande av missbruk synes det dock nödvändigt, att man i dessa fall inför vissa begränsningar. Utredningen föreslår sålunda, att 12 § YFL och 6 § MEF ändras till att i denna del erhålla följande lydelse: Med läkarvård likställes sjukgymnastik eller eljest behandling med bad, mas-

sage, elektricitet eller hetluft eller annan därmed jämförlig behandling, som meddelas efter läkares föreskrift, ävensom sådan funktionsprövning och arbetsterapi, som genomföres efter föreskrift av läkare tjänstgörande vid institution, vilken godkänts av medicinalstyrelsen för bedrivande av dylik verksamhet.

Annan ändring i förevarande bestämmelser har utredningen inte ansett påkallad. Det torde emellertid böra erinras om att, därest under samordningstiden försäkringsinrättning begär, att försäkringstagare skall underkasta sig särskild vård, kostnaderna härför skall ersättas av inrättningen, i den mån ersättning inte utgår enligt SFL. Härigenom föreligger sålunda möjlighet för försäkringsinrättningen att redan under samordningstiden påkalla särskild behandling jämväl inom den medicinska rehabiliteringens område.

Folkpensioneringen

Utformningen av FPL och bestämmelserna om pensionsstyrelsens invaliditetsförebyggande verksamhet torde från de synpunkter, utredningen har att anlägga, vara tillfredsställande. Något förslag till ändringar har utredningen därför inte ansett påkallat.

Kostnader för tekniska hjälpmedel

Med tekniska hjälpmedel avses i detta sammanhang ortopediska stödjedandage och proteser samt andra tekniska hjälpmedel, som närmast är avsedda att höja den allmänna funktionsförmågan, däribland även rullstolar och andra invalidvagnar. Till frågan om tekniska hjälpmedel för utnyttjande av arbetsförmågan, såsom vissa verktyg, invalidfordon för transport till och från arbetsplatsen, vilka brukar hänföras till arbetsvårdens område, återkommer utredningen (s 40).

Anskaffandet av proteser och andra liknande tekniska hjälpmedel ingår som ett naturligt led i den rehabilitering, som meddelas inom sjukhusvården. Det kunde för den skull anses naturligt, att kostnaderna härför inginge i vårdavgiften. Enligt gällande ordning är detta dock för närvarande inte fallet. För erforderliga ortopediska stödjedandage, proteser etc åt patienter, som å vanförestalt, kustsanatorium eller lasarett med ortopedisk klinik behandlas för vanförhet, svarar sålunda staten via medicinalstyrelsen med 3/4 av kostnaderna på villkor, att patienten beredes motsvarande förmåner. Denne har dock alltid att svara för ett belopp av 3 kr. Till ifrågavarande kostnader kan, som framgått, ersättning utgå enligt YFL och MEF samt i vissa fall genom pensionsstyrelsen. Enligt MEF utgår ersättning dock endast i den mån den skadade inte eljest äger erhålla däri angivna förmåner på statens bekostnad. YFL innehåller ingen motsvarande bestämmelse. Alltsedan 1937 synes emellertid praxis ha varit, att ersättningen kompletterar de statliga bidragen, d v s i praktiken utgår med den del, som annars faller på patienten själv eller hans hemkommun. I samband med vård på pensionsstyrelsens sjukhus eller sjukhusavdelningar i styrelsens regi kan enligt uppgift i vissa fall genom pensionsstyrelsen full ersättning utgivas för vanliga hålfotsinlägg, däremot inte för proteser, vilka i allmänhet förutsätter inprovning vid ortopedisk klinik, vanförestalt eller liknande och till vilka bidrag kan utgå i annan ordning.

SFL ger inga möjligheter till ersättning för anskaffning av proteser och liknande. Frågan om sjukförsäkringens ekonomiska medverkan har dock diskuterats i olika sammanhang. 1951 års vanförestaltsutredning, som senast behandlade frågan om tekniska hjälpme-

del och därmed sammanhängande problem, ansåg det för framtiden naturligt och riktigt, att staten svarade för huvudparten av kostnaderna för erforderliga ortopediska hjälpmedel åt vanföra. I fråga om den rent administrativa ordningen föreslog utredningen en samordning av bidragsverksamheten inom ramen för den allmänna sjukförsäkringen. Detta senare förslag avstyrktes emellertid av statskontoret och riksförsäkringsanstalten. Riksförsäkringsanstalten framhöll, att anstalten inte fann sig kunna tillstyrka den föreslagna utökningen av sjukförsäkringens hjälpformer, särskilt som en sådan utökning även skulle medföra ett enbart av administrativa skäl förestavat frångående av principen, att sjukhjälp från försäkringen skall utgå endast i anledning av sjukdom.

I propositionen uttalade departementschefen, att han liksom utredningen och det övervägande antalet remissmyndigheter ansåg, att det allmänna även i fortsättningen borde bestrida huvudparten av kostnaderna för ortopediska hjälpmedel. Bidraget borde emellertid höjas från 2/3 av totalkostnaderna till 3/4 av desamma, varvid dock den enskilde alltid borde svara för ett belopp av 3 kr. Höjningen motiverades bl a med att härigenom vunnas en naturligare anslutning till det bidragssystem, som gällde inom den allmänna sjukförsäkringen. Beträffande samordningen uttalade departementschefen, att denna fråga lättare kunde upptagas till förnyad prövning, därest bidragsbeloppet redan från början anpassats till vad som gällde inom den allmänna sjukförsäkringen; dock kunde han inte på av riksförsäkringsanstalten anförda skäl för närvarande förorda en samordning av bidragsverksamheten inom ramen för denna sjukförsäkring.

Inte minst med hänsyn till vad de-

partementschefen sålunda uttalat har utredningen om socialförsäkring och arbetsanpassning ansett sig ha anledning beröra frågan om sjukförsäkringens ekonomiska och administrativa medverkan vid anskaffning av proteser och andra tekniska hjälpmedel.

Frågan om statsbidrag till proteser utredes emellertid för närvarande genom medicinalstyrelsen. Styrelsen har därvid enligt uttalande av departementschefen att undersöka dels bidragsgivningens utsträckande till jämväl andra tekniska hjälpmedel än de för dagen statsbidragsberättigande, dels ock frågan om den sk ordinationsrätten. Utredningen har för den skull samrätt med medicinalstyrelsen i frågan. Därvid har framkommit, att medicinalstyrelsen i sin utredning utöver frågorna om en utvidgning av statsbidragsgivningen och ordinationsrätten även avser att beröra finansieringssystemet samt administrationen av tekniska hjälpmedel. Med hänsyn härtill har utredningen inte ansett sig böra närmare ingå på sjukförsäkringens administrativa medverkan på ifrågavarande område.

Utredningen har däremot övervägt behovet och lämpligheten av en ekonomisk medverkan från sjukförsäkringens sida. Därvid har konstaterats, att bidrag från sjukförsäkringen till kostnaderna för ifrågavarande hjälpmedel inte skulle för den enskilde innebära någon förbättring, då den ersättning, som redan nu kan ifrågakomma av statsmedel, motsvarar de bidrag, som skulle kunna utgå från sjukförsäkringen enligt hittills tillämpade principer för bidragsgivningen. För sjukförsäkringens del skulle anordningen däremot betyda, förutom ökade kostnader med återverkningar på dess ekonomi, att man frångåge den hittillsvarande principen, att sjukhjälp skall utgå endast i anledning

av sjukdom. Med hänsyn härtill har utredningen inte funnit anledning föreslå någon ändring i nuvarande ordning.

Stöd åt den enskilde vid arbetsvård

Gällande bestämmelser

Enligt gällande bestämmelser svarar socialförsäkringen — i motsats till vad som gäller vid den medicinska rehabiliteringen — inte för de direkta kostnader, som i samband med arbetsvården kan uppkomma för den enskilde. Däremot synes den i viss utsträckning genom utgivande av sjukpenning, livränta eller pension kunna medverka till försörjning under tid för arbetsvård. I 10 § sista stycket YFL (liksom i 8 § sista stycket MEF) stadgas sålunda följande:

Därest den skadade undergår yrkesutbildning, som huvudsakligen syftar till och är ägnad att väsentligt minska skadans inverkan på hans förmåga att framdeles bereda sig arbetsinkomst, skall vid bedömning av arbetsförmågans nedsättning under utbildningstiden beaktas i vad mån utbildningen medför hinder för honom att utföra förvärvsarbete. Vid bedömning av arbetsförmågans nedsättning efter utbildningstidens slut må, om utbildningen kan antagas hava varaktigt minskat skadans inverkan på arbetsförmågan, skälig hänsyn tagas härtill.

Bestämmelsen innebär en möjlighet att under yrkesutbildning höja sjukpenningen och livräntan till 100 %.

Varken i SFL eller i FPL finnes någon motsvarande regel. I lagarna finnes emellertid vissa stadganden, som kan tillåta en positiv tolkning. I 21 § fjärde stycket SFL anges således, att den försäkrade, om han »i förekommande fall efter särskild yrkesutbildning» är i stånd att försörja sig genom annan sysselsättning än sitt vanliga eller därmed jämförligt arbete, ej vidare må anses arbetsoförmögen.

I 14 § 1 mom andra stycket FPL stadgas:

Åtnjuter pensionsberättigad med bidrag av allmänna medel sjukvård eller yrkesutbildning för förebyggande eller hävande, helt eller delvis, av höggradig nedsättning av arbetsförmågan, må med hänsyn till föreliggande omständigheter förordnas, att folkpension under tiden icke skall utgå eller skall utgå med nedsatt belopp.

I angivna lagar finnes vidare bestämmelser, som anger påföljden av vägran att underkasta sig vissa åtgärder. Sålunda stadgas i 27 § sista stycket SFL, att om försäkrad utan giltig anledning vägrar underkasta sig sådan sjukvård eller yrkesutbildning, som är ägnad att förkorta sjukdomstiden eller eljest minska skadans följder och vartill bidrag erbjudes honom av allmänna medel, sjukpenningen må helt eller delvis tills vidare förvägras honom, under förutsättning att han erinrats om denna påföljd. I 16 § fjärde stycket FPL finnes följande föreskrift:

Vägrar någon utan giltig anledning att underkasta sig sådan sjukvård eller yrkesutbildning för förebyggande eller hävande, helt eller delvis, av höggradig nedsättning av arbetsförmågan, vartill bidrag erbjudits honom av allmänna medel, och anses utsikter förefinnas att genom dylik åtgärd förebygga att nedsättningen av arbetsförmågan blir varaktig eller häva redan inträdd sådan nedsättning, må folkpension helt eller delvis tills vidare förvägras honom, under förutsättning att han gjorts uppmärksam på denna påföljd.

En motsvarande bestämmelse, om ock av mera allmän omfattning, återfinnes i 28 § andra stycket YFL:

Vägrar den skadade utan giltig anledning att rätta sig efter föreskrift, som i syfte att förkorta sjukdomstiden eller eljest lindra menliga följder av skadan givits av försäkringsinrättningen eller arbetsgivaren eller läkare, och har till följd härav skadan medfört väsentligt mera långvarig eller höggradig nedsättning av arbetsförmågan, må ock skälig nedsättning ske av ersättning som avses i första stycket.

Den ersättning, som åsyftas, gäller sjukpenning och barntillägg samt så-

dan livränta, som avses i 16 § YFL. En i stort sett likalydande bestämmelse är intagen i 12 § 2 mom andra stycket MEF.

Direkta kostnader

För själva arbetsvårdsorganisationens medverkan uttages inga avgifter av den enskilde i samband med arbetsvård. De direkta kostnader, som härunder kan komma att belasta den enskilde, är i huvudsak av två slag, nämligen utgifter för

1) vissa läkarundersökningar, psyko-tekniska anlagsprov, kursavgifter, undervisningsmaterial samt resor, aktualiserade genom arbetsvårdsutredningen eller arbetsvårdsätgården,

2) verktygs- och annan utrustning, exempelvis i samband med igångsättande av egen rörelse samt transportmedel (invalidfordon etc).

Beträffande den första gruppen kan konstateras, att staten genom arbetsvårdsorganisationen lämnar bidrag till dessa utgifter helt eller delvis, därest den enskilde saknar erforderliga medel att själv bestrida kostnaderna. Med den ståndpunkt, utredningen tidigare intagit rörande kostnader, som samhället åtagit sig i samband med rehabilitering, saknas anledning att för närvarande överföra dessa kostnader till försäkringen. Frågan härom bör emellertid hållas öppen för att närmare prövas vid lämplig tidpunkt (jfr s 33).

Även till den andra gruppen av direkta kostnader, vilka huvudsakligen täckes av begreppet näringshjälp, kan vid behov statsbidrag utgå, nämligen genom pensionsstyrelsen. Innan beslut om en sådan åtgärd genom pensionsstyrelsens försorg meddelas, bör dock enligt Kungl Maj:ts riktlinjer för verksamheten prövas, huruvida inte bidrag till kostnaderna må kunna påräknas från annat håll och sådant bidrag göras

till villkor för styrelsens ingripande. Statsbidrag för en och samma person får inte överstiga 5.000 kr. Vid tillämpningen av dessa bestämmelser har pensionsstyrelsen begränsat statsbidraget att gälla högst 3/4 av den faktiska kostnaden, medan sökanden själv, hemortskommunen eller annan förutsättes bestrida övrig del. På grund av den begränsade medelstillgången har det dessutom ansetts nödvändigt att maximera bidraget till att utgå med högst 3.000 kr. Startandet av självständig verksamhet kan dock ofta innebära kostnader till det dubbla, i vissa fall flerdubbla beloppet. Detta betyder, att statsbidraget i många fall täcker endast en mindre del av näringshjälpbehovet. Då den enskildes möjligheter till en ekonomisk insats vanligen är begränsade, kan därför anspråken på kommunernas ekonomiska medverkan bli förhållandevis stora. Som en följd härav har landstingen i allt större utsträckning under senare år engagerats i verksamheten för bidragsgivning liksom även enskilda organisationer m fl.

Med anledning av denna utveckling kunde övervägas, huruvida socialförsäkringen ekonomiskt borde medverka i näringshjälpverksamheten. Genom en sådan medverkan skulle den rent samhällliga verksamheten kunna kompletteras eller helt ersättas. I detta fall synes främst folkpensioneringen och yrkesskadeförsäkringen vara berörda. För att möjliggöra detta torde samma tillvägagångssätt, som tidigare diskuterats i samband med ekonomiskt stöd från socialförsäkringen åt institutioner för rehabilitering (s 32), kunna ifrågakomma. Vidare kunde övervägas, om medel, som finnes i tex riksförsäkringsanstaltens fonder, borde utnyttjas för bl a verksamhet av ifrågavarande slag.

I nuvarande läge torde emellertid kunna konstateras, att de till socialför-

säkringen knutna fonderna avsatts för vissa bestämda ändamål och att de sålunda inte utan ändring av gällande bestämmelser kan tagas i anspråk för arbetsvårdande åtgärder. Vad särskilt angår folkpensioneringsfonden må erinras om att dess hela avkastning inlevereras till statsverket. Ett införande i socialförsäkringen av nya förmåner, utan att avkastningen av fonderna utnyttjas för täckande av kostnaderna, skulle vidare påverka försäkringarnas ekonomi. I synnerhet för sjukförsäkringens del skulle ett ekonomiskt ansvar på detta område ej medföra några nämnvärda besparingar i andra avseenden och härigenom på längre sikt positivt påverka dess ekonomi. I och med att ytterligare ett antal organ skulle medverka vid bidragsgivningen, kunde arbetsvårdsorganens rent administrativa handläggning av dessa ärenden bli mera omständlig och tidskrävande än eljest, såvida inte bidragsgivningen inskränktes till att tillhandahålla vissa klumpsummor.

Med hänsyn till anförda omständigheter har utredningen ej funnit tillräckliga skäl för närvarande föreligga för en ekonomisk medverkan från socialförsäkringen i näringshjälpsverksamheten. Behovet av näringshjälp torde böra tillgodoses på annat sätt, främst genom att erforderliga medel ställas till förfogande för den myndighet, som har att utgiva statsbidrag till näringshjälp. Utredningen förordar emellertid — liksom tidigare i fråga om stöd åt institutioner för rehabilitering (s 33) och beträffande vissa direkta arbetsvårdskostnader (s 40), att frågan om en ekonomisk medverkan från socialförsäkringen blir föremål för prövning vid en framtida översyn av socialförsäkringen.

Kostnader för försörjning

Under tid, då den sjuke eller skadade är föremål för arbetsvårdande åtgärder,

tex arbetsprövning, arbetsträning, yrkesutbildning eller motsvarande, föreligger som regel behov av ekonomiskt stöd för egen och familjens försörjning. Endast i undantagsfall har den partiellt arbetsföre ekonomiska resurser att själv svara för försörjningskostnaderna. Bakgrunden är oftast kortare eller längre tids sysslolöshet, som betingas av arbetsoförmåga med därav i regel följande inkomstbortfall. Med hänsyn härtill uppkommer frågan, om och i vilken utsträckning ersättning kan utgå från socialförsäkringen under olika former av arbetsvård och i vad mån de nuvarande bestämmelserna och tillämpningen av dessa är tillfredsställande i detta avseende eller bör bli föremål för ändring.

Sjukförsäkringen

SFL innehåller inte några mera klart formulerade bestämmelser i den aktuella frågan om rätten till sjukpenning under tid för arbetsvård. Någon fast praxis synes ej heller ha utbildat sig under den tid, den allmänna sjukförsäkringen varit i verksamhet. Med hänsyn härtill synes det nödvändigt att till en början närmare belysa de nuvarande sjukpenningförsäkringsbestämmelsernas tillämplighet under tid för arbetsvård.

Rätt till sjukpenning. Som tidigare påpekats, tillgripes de särskilda arbetsvårdsåtgärderna först om de bedömes nödvändiga för att bereda den partiellt arbetsföre arbete. Förutsättningen för att dessa åtgärder skall vidtagas är med andra ord, att sådan arbetsoförmåga eller nedsättning av arbetsförmågan föreligger, att det inte är möjligt anvisa lämplig sysselsättning inom klientens tidigare yrke eller inom annat arbetsområde. Det kan tilläggas, att för en sådan bedömning samverkan givetvis kräves med vederbörande läkare; den sjuk-

dom eller skada, som orsakar förlust eller nedsättning av arbetsförmågan skall vitsordas genom läkarutlåtande.

De villkor, som sålunda gäller för partiellt arbetsföra i fråga om rätt att erhålla arbetsvård, gäller emellertid även beträffande sjukpenningförsäkrades rätt till sjukpenning vid sjukdom eller därav orsakat följdtilstånd. I princip innebär detta, att en partiellt arbetsföra kan komma i fråga för arbetsvård, samtidigt som han är berättigad uppbära ersättning i form av sjukpenning från allmän sjukkassa. Något formellt hinder för samtidiga bidrag från sjukförsäkringen och arbetsvården synes ej heller föreligga. SFL saknar visserligen i motsats till YFL direkta anvisningar för bedömandet av arbetsförmågans nedsättning under pågående yrkesutbildning. Tidigare omnämnda stadganden i 21 och 27 §§ SFL torde dock kunna uppfattas som en indirekt anvisning om att sjukpenningersättning må kunna utgå jämväl under tid för arbetsvårdande åtgärder. Slutsatsen blir, att den, som vid arbetsvårdens början är berättigad uppbära sjukpenning, i princip även under arbetsvården skall äga uppbära sådan, om han i övrigt uppfyller villkoren härför.

Nedsättning eller indragning av sjukpenning. Enligt 21 § SFL utgår vid arbetsoförmåga hel sjukpenning och vid nedsättning av arbetsförmågan med minst hälften halv sjukpenning. Är nedsättningen mindre än hälften, utgår inte sjukpenning. Arbetsvården syftar till att föra den, som på grund av sjukdom eller skada ej kan finna sin försörjning, från reell arbetsoförmåga till högsta möjliga grad av förvärvsförmåga. Givet är, att under denna tid vid något tillfälle gränsen mellan arbetsoförmåga och nedsättning av arbetsförmåga överskrides, liksom också att vid senare tidpunkt nedsättningen understiger hälft-

ten. Det är förklarligt nog omöjligt att generellt ange, när dessa förändringar inträffar, och i det enskilda fallet svårt att fastställa detta.

Bedömningen av arbetsförmågan torde emellertid i förevarande avseende böra ske mot bakgrunden av den sjukpenningförsäkrades faktiska möjligheter att erhålla förvärvsarbete. I de fall, där det är fråga om arbetsvård i form av *arbetsprövning eller yrkesutbildning i skol- eller kursform*, kan konstateras, att dylika möjligheter i allmänhet inte föreligger, förrän arbetsvårdsåtgärden genomförts. Till yttermera visso är klienten — som i det följande närmare visas — under hela tiden för sitt uppehälle uteslutande hänvisad till vissa försörjningsbidrag. Han torde därför under hela arbetsvårdsperioden få anses vara i sådant tillstånd, som i 21 § avses. Normalt torde omständigheterna vara sådana, att fullständig arbetsoförmåga får anses föreligga, till dess syftet med arbetsvårdsåtgärden vunnits.

Vid de former av arbetsvård, där ersättning utgår för utfört arbete, är förhållandena annorlunda. Detta gäller vid *yrkesutbildning inom näringslivet, vid arbetsträning samt skyddad sysselsättning*. Här kan förbättringen i arbetsförmågan till viss grad anses återspeglad i den vid dessa arbetsvårdsformer, på sätt i det följande närmare redovisas, utgående arbetsersättningen. Speciellt gäller detta vid utbildning inom näringslivet, vilken utbildning direkt ansluter sig till den öppna marknadens villkor. Vid institutioner för arbetsträning och skyddad sysselsättning är arbetsbetingelserna och arbetsvillkoren vanligen i viss mån tillrättalagda. Den vid dessa arbetsvårdsformer utgående arbetsersättningen kan därför inte reservationslöst läggas till grund för en bedömning av klientens försörjningsmöjligheter på öppna marknaden. Den

torde dock kunna tjäna som ledning för bedömningen av arbetsförmågan.

Med hänsyn till under yrkesutbildning i näringslivet, arbetsträning eller skyddad sysselsättning förvärvad inkomst torde det sålunda inte vara uteslutet, att sådan höjning av arbetsförmågan måste anses ha inträtt, att nedsättning till halv sjukpenning respektive indragning av sjukpenning kan komma i fråga. Denna fråga måste dock alltid bedömas från fall till fall under beaktande av bl a de speciella förhållandena, under vilka inkomsten förvärvas.

Ändring av sjukpenningförsäkrads sjukpenningklass. I 11 § SFL stadgas, att sjukkassa skall, när till dess känedom kommit, att medlems årsinkomst av tjänst eller annat förvärvsarbete undergått ändring av betydelse för sjukpenningförsäkringen, utan dröjsmål meddela det beslut, som därav påkallas. Samtidigt föreskrives, att ändring av medlems sjukpenningförsäkring inte får ske under tid sjukpenningförsäkrad lider av sjukdom, som i 21 § avses, förrän sjukhjälpstiden utgått eller — om fråga är om yrkesskada — förrän vid samordningstidens slut, eller eljest förrän nedsättningen av arbetsförmågan anses vara mindre än hälften.

Som nyss nämnts torde den, som genomgår *arbetsprövning eller yrkesutbildning i skol- eller kursform*, regelmässigt under hela arbetsvårdsperioden få anses vara i sådant tillstånd, som i 21 § avses. Någon ändring av sjukpenningförsäkrads sjukpenningklass torde därför i allmänhet inte aktualiseras annat än vid utförsäkring.

Beträffande sjukpenningförsäkrad, som undergår *yrkesutbildning i näringslivet eller arbetsträning* eller beredes *skyddad sysselsättning*, kan det däremot — förutom vid utförsäkring — bli aktuellt med ändring av klassplacering,

därest arbetsersättningen kombinerad med övriga omständigheter utvisar, att nedsättningen av arbetsförmågan måste anses vara mindre än hälften. Vid sådan ändring uppkommer emellertid spørsmålet, huruvida och i vad mån utgående ersättning till klienterna vid arbetsvård är att betrakta som inkomst av tjänst eller annat förvärvsarbete och skall påverka sjukpenningklassplaceringen.

Klientersättningen är av olika omfattning och karaktär under olika former av arbetsvård, vilket sammanhänger bl a med vem som svarar för verksamheten. För den av de statliga arbetsvårdsorganen administrerade verksamheten för arbetsprövning och yrkesutbildning gäller av Kungl Maj:t fastställda utbildningsbidrag. Dessa bidrag utgöres av grundbidrag, hyresbidrag, familjetillägg samt särskilt tillägg. Samtliga bidrag utgår i mån av behov.

Grundbidraget avser vederbörandes egen försörjning under utbildningstiden och utgår med högst 370 kr för månad, oberoende av ortsgrupp.

Hyresbidrag utgår till

a) familjeförsörjare, som utbildas i hemorten, högst med belopp motsvarande den faktiska hyreskostnaden,

b) familjeförsörjare, som utbildas utom hemorten, med den faktiska hyreskostnaden för familjebostaden i hemorten samt därjämte för egen bostad å utbildningsorten med ett belopp för månad av högst 55 kr i ortsgrupp II, 70 kr i ortsgrupperna III och IV samt 85 kr i ortsgrupp V,

c) ensamstående med högst ovan under b) angivna maximibelopp för respektive ortsgrupp.

Familjetillägget utgöres av dels familjetillägg för make, dels familjetillägg för barn. Familjetillägg för make utgår med högst 50 kr för månad vid utbildning i hemorten och högst 124 kr för månad

vid utbildning utom hemorten. Familje-tillägg för barn (under 16 år) utgår med högst 39 kr för barn och månad.

Särskilt bidrag kan beviljas i sam-band med vissa resor m m.

Vid *arbetsprövning och yrkesutbildning i skol- eller kursform* utgår endast ovan redovisade utbildningsbidrag. Någon form av arbetsersättning förekommer således inte. Detta senare är där- emot fallet vid yrkesutbildning i nä-ringslivet liksom — för vilket senare skall redogöras — vid arbetsträning och skyddad sysselsättning.

Vad först beträffar *yrkesutbildning i näringslivet* upprättas i allmänhet i var- je särskilt fall anställningsavtal, i vilket preciseras bla den lön, arbetsgivaren under olika skeden av utbildningen åta- ger sig att utbetala till lärlingen. Lönen ansluter sig till gällande avtal för ifrå- gavarande yrkeskategori, såvida ej sär- skilda skäl motiverar avvikelse här- ifrån. Löneöverenskommelsen godkän- nes i regel av vederbörande fackorga- nisation. Ofta är dock lönen otillräck- lig för uppehållet, och i sådant fall ut- går kompletterande försörjningsbidrag genom arbetsvårdsmyndigheten på ena- handa sätt som då fråga är om utbild- ning i skol- eller kursform.

Ersättningsgrunderna vid verkstäderna för *arbetsträning och skyddad sys- selsättning* är mer komplicerade. Vid landstingens träningsverkstäder tilläm- pas vanligen ett system innebärande en kombination av ackordslön och försörj- ningsbidrag av varierande storlek — i regel mellan 200 och 300 kr för månad. Därjämte kan vissa tilläggsförmåner tillerkännas klienterna. Försörjningsbi- draget reduceras med hänsyn dels till från verkstaden utgående arbetsersätt- ning, dels till i övrigt utgående förmå- ner (ersättning från riksförsäkrings- anstalten, pensionsstyrelsen, sjukkasse etc.). I flertalet fall har man skaffat sig

en återförsäkring för försörjningsbidra- get (till en del eller i dess helhet) ge- nom att avkräva hemortskommunen an- svarsförbindelse eller utverka direkta kommunala stipendier.

Ett mindre antal landstingsverkstäder tillämpar ett ersättningsssystem med ackordslön och garanterad timpenning samt vissa andra förmåner (arbetsklä- der, bostadsbidrag, sjuklön), medan kli- enten vid behov av kompletterande bi- drag hänvisas till hemortskommunen. Detta system överensstämmer i sina hu- vuddrag med det, som gäller för kom- munala och enskilda verkstäder, vilka i allmänhet är inriktade på skyddad sys- selsättning men där arbetsträning jäm- väl förekommer. Vid dessa senare verk- städer utgår nämligen ersättningen, så- vitt känt är, endast i form av ackords- och/eller garanterad timpenning, fast- ställd med hänsyn till arbetsuppgifter- nas art och klienternas arbetsförmåga. I enstaka fall utgives resebidrag. Sär- skilda försörjningsbidrag utgår däremot inte genom verkstaden, utan — därest behov av kompletterande ekonomisk hjälp föreligger — klienten hänvisas till socialvårdsmyndigheten.

Förklaringen till att landstingens trä- ningsverkstäder åtagit sig uppgiften att utgiva eller förmedla försörjningsbidrag åt klienterna får sökas i rent praktiska förhållanden. Eftersom klienterna un- der träningstiden vistas utanför hem- orten, har det ansetts rationellt, att de inte i varje särskilt fall, då behov av ekonomiskt stöd uppstår, skall behöva vända sig till hemortens socialvårdsor- gan. Någon egentlig skillnad mellan de båda systemen föreligger inte. Huvud- regeln är densamma: ersättning utgår för utfört arbete. Den omständigheten, att arbetsinkomsten i ena fallet kom- pletteras med vissa försörjningsbidrag genom verkstädernas huvudmän i sam- arbete med hemortskommunen, i andra

fallet direkt från hemortskommunen, torde ej medföra, att själva arbetsersättningen får olika karaktär. Ersättning för utfört arbete grundas sålunda på ackordslön och/eller timlön, beräknad i anslutning till de lönesatser, som gäller för motsvarande arbetsuppgifter i öppna marknaden och med hänsynstagande till klientens arbetsförmåga liksom till rådande arbetsbetingelser i övrigt.

I den aktuella frågan angående karaktären av under olika arbetsvårdsformer utgående klientförmåner kan beträffande de förmåner, som ifrågakommer vid *arbetsprövning och yrkesutbildning i skol- eller kursform* sålunda konstateras, att dessa ej till någon del kan anses som inkomst av tjänst eller annat förvärvsarbete. De är följaktligen inte av den art, att de bör föra med sig skyldighet att tillhöra sjukpenningförsäkringen.

Vid *yrkesutbildning i näringslivet* föreligger ett klart anställningsförhållande, och lön utgår i enlighet med marknadens villkor. Här torde jämförelse böra göras med den lärlingsutbildning hos företagare, som förekommer för andra än partiellt arbetsföra. I dessa fall torde den utgående arbetsersättningens karaktär av »inkomst av tjänst» inte ha ifrågasatts.

Vad slutligen gäller karaktären av förekommande arbetsersättning vid *arbetsträning och skyddad sysselsättning* är den mera svårbedömd. Med hänsyn till arbetsvårdsåtgärdernas natur av samhällseliga hjälpformer kan tveksamhet råda, om inkomsten är att beteckna som inkomst av tjänst eller annat förvärvsarbete. Utredningen har emellertid inhämtat, att man från riksförsäkringsanstaltens sida intagit den ståndpunkten, att ersättningen även i dessa fall, i den mån den utgår för arbetsprestation, är att anse som inkomst av

tjänst. Frågan har dock såvitt känt inte varit föremål för prövning vare sig av Kungl Maj:t vad gäller sjukförsäkringen eller av försäkringsrådet vad avser yrkesskadeförsäkringen. Under arbetsmarknadsstyrelsens tillsyn stående träningsverkstäder finnes visserligen medtagna i förteckningen över anstalter för yrkesutbildning, vid vilka eleverna enligt särskild kungörelse (SFS 1954:715) vid tillämpningen av YFL skall anses som arbetstagare, oaktat att de ej är i tjänst hos annan. Detta förhållande torde dock knappast kunna tagas till intäkt för ett antagande, att den vid ifrågavarande verkstäder förekommande arbetsersättningen inte är att anse som inkomst av tjänst. Anordningen torde närmast ha tillkommit för att tillförsäkra ifrågavarande elever ett försäkringskydd vid svårare skador, ådragna i samband med arbetsträning i de undantagsfall, där arbetsersättning inte utgår.

Med utgångspunkt från att den arbetsersättning, som förekommer såväl vid *yrkesutbildning i näringslivet som vid arbetsträning och skyddad sysselsättning*, är att betrakta som inkomst av tjänst, uppkommer frågan, huruvida inkomsten till sin storlek och varaktighet är sådan, att den bör läggas till grund för placering i sjukpenningklass.

Huvudbestämmelsen är, att sjukkasemedlem, vilkens inkomst av förvärvsarbete för år räknat uppgår till minst 1.200 kr, skall vara tillförsäkrad grundsjukpenning. Den, som har en årsinkomst av tjänst om minst 1.800 kr, skall dessutom vara tillförsäkrad tilläggsjukpenning. Enligt vad i förarbetena till SFL uttryckligen sagts, skall vid beräkning av årsinkomsten hänsyn inte tagas till tillfälliga inkomstförändringar. Sjukpenningförsäkringen skall anpassas endast till mera varaktigt ändrade inkomstförhållanden. I SFL har detta

kommit till uttryck i bestämmelsen, att med årsinkomst av förvärvsarbete skall avses den *för år* beräknade inkomst, som man kan antagas komma att *tills vidare* åtnjuta, varvid enligt förarbetena sikte skall tagas 1 à 2 år framåt i tiden.

När det gäller *yrkesutbildning i näringslivet*, vilken ofta pågår relativt lång tid, ökar arbetsinkomsten gradvis under hela utbildningstiden för att mot slutet uppgå till vad som är gängse i yrket. Då arbetsinkomsten i denna arbetsvårdsform kan antagas få varaktigt karaktär, torde densamma därför i allmänhet — såvitt inte bestämmelserna i 11 § SFL lägger hinder härför — kunna föranleda inplacering i sjukpenningklass av icke sjukpenningförsäkrad. Likaså torde under samma förutsättning för redan sjukpenningförsäkrad ändring av sjukpenningklassplacering kunna ifrågakomma.

Vad sedan *den skyddade verksamheten* beträffar, är den avsedd att varaktigt eller i varje fall under längre tid bereda sysselsättning åt ett restklientel. Beräkningen av årsinkomsten torde med hänsyn härtill inte vålla större svårigheter. För de olika verkstäderna finnes lönestatistik med genomsnittssiffror för timförtjänst. Antalet arbetstimmar, som den enskilde kan prestera, torde, sedan en viss prövotid förflutit, relativt lätt kunna angivas. Med anledning härav torde efter kortare observationstid kunna fastställas, huruvida arbetsinkomsten för år räknat uppgår till sådant belopp, att medlemmen skall tillhöra sjukpenningförsäkringen och i förekommande fall i vilken sjukpenningklass han skall inplaceras.

Vid *arbetsträning* är förutsättningarna ej likartade. Arbetsträningen är avsedd att pågå endast under kortare tid. Enligt uppgift uppgår den genomsnittliga träningstiden till 4 à 5 månader.

Man kan ej med säkerhet i det enskilda fallet förutse vad som kan följa efter träningstidens slut. Tillgängliga uppgifter för verksamhetsåret 1957 visar, att 35 % av fallen rekommenderats arbete, 14 % bedömts i behov av fortsatt arbetsvård i form av yrkesutbildning eller arbetsprövning, 4 % hänvisats till skyddad sysselsättning eller hemarbete samt att inte mindre än 21 % måst avbryta träningen på grund av sjukdom och 26 % avbrutit av annan anledning. Möjlighet att omedelbart efter träningen övergå i förvärvsarbete föreligger med andra ord för mindre än hälften av fallen.

Att under rådande förhållanden vid träningsperiodens början avgöra, huruvida arbetsinkomsten under arbetsträningen kan bli av så stadigvarande natur, att den bör påverka sjukpenningförsäkringen, är i det enskilda fallet därför inte möjligt. I stor utsträckning blir inkomsten av tillfällig natur. På grund härav torde vid bestämmandet av tillhörighet till sjukpenningklass någon hänsyn regelmässigt ej böra tagas till arbetsinkomst, erhållen under arbetsträning.

Sammanfattningsvis kan i fråga om sjukpenningförsäkringsbestämmelsernas tillämplighet under tid för arbetsvård konstateras, att sjukkasemedlem, som vid tidpunkten för arbetsvårdens insättande uppbär sjukpenning från sjukförsäkringen, i princip får anses berättigad att jämväl under den tid, arbetsvården pågår, uppbära denna ersättning, om förutsättningarna i övrigt finnes. I allmänhet torde emellertid endast begränsat utrymme föreligga för utgivande av sjukpenning under sådan tid, då sjukhjälpstiden regelmässigt — om inte helt så till stor del — tidigare tagits i anspråk.

Vidare bör beaktas, att under tid för arbetsvård — särskilt vid yrkesutbild-

ning i näringslivet men även vid arbetsträning och skyddad sysselsättning — fråga kan uppkomma om nedsättning av sjukpenning från hel till halv eller indragning av densamma. Dessutom kan ändring av sjukpenningförsäkrads sjukpenningklass förekomma, dock ej så länge vederbörande uppfyller villkoren för erhållande av sjukpenning. För icke sjukpenningförsäkrad slutligen kan inplacering i sjukpenningklass aktualiseras.

Slutsatsen blir, att sjukförsäkringens ekonomiska stöd åt den enskilde under tid för arbetsvård enligt nu gällande bestämmelser ej sällan blir av högst begränsad omfattning och under vissa förutsättningar ytterst ringa eller inget alls. I synnerhet då fråga är om mera tidskrävande arbetsvårdsåtgärder, t. ex yrkesutbildning, kommer sjukförsäkringens ekonomiska medverkan att röra sig om en tämligen obetydlig del av de sammanlagda kostnaderna för den enskildes försörjning. Beroende på omständigheterna kan detta bli fallet även vid arbetsvårdsåtgärder av kortare varaktighet. I samma mån som sjukpenning från sjukkassan tages i anspråk under arbetsvård, har detta dock återverkningar på medlemmens framtida försäkringsskydd, som härigenom minskas och i sämsta fall helt förbrukas.

Med hänsyn härtill kan det ifrågasättas, om inte de nuvarande bestämmelserna bör ändras i syfte att möjliggöra en mera effektiv ekonomisk insats från sjukförsäkringens sida i arbetsvårdsåtgärderna, varvid medlemmens behov av framtida försäkringsskydd jämväl bör beaktas. Härvid kan enligt utredningen två alternativa lösningar tänkas.

Det första alternativet utgör en projicering till SFL av bestämmelserna i YFL om höjning av sjukpenning respektive livränta till 100 % under tid för yrkesutbildning. I analogi härmed skul-

le sålunda fastställas, att hel sjukpenning alltid kan utgå vid yrkesutbildning och eventuellt annan arbetsvård i liknande syfte.

Ett andra alternativ innebär, att sjukpenningförsäkringen såsom sådan förklaras vilande under tid för arbetsvård.

Sjukpenning under hela arbetsvårdsperioden. Enligt bestämmelserna i 10 § YFL kan sjukpenning respektive livränta som nämnts höjas till 100 % under tid för yrkesutbildning. Utredningen föreslår i det följande, att denna bestämmelse utvidgas till att omfatta jämväl arbetsprövning och arbetsträning.

Genom att i SFL införa en motsvarande bestämmelse skulle möjlighet uppkomma att alltid utge hel sjukpenning under yrkesutbildning. Emellertid skulle en sådan anordning — även om bestämmelsen utsträcktes till att gälla också andra former av arbetsvård — få en högst begränsad effekt. Man har nämligen att räkna med att medlemmen som regel till betydande del och i vissa fall helt förbrukat sjukhjälpstiden före arbetsvårdsåtgärdens vidtagande. För att ge ett reellt värde bleve det därför nödvändigt, att bestämmelsen kunde kompletteras med en regel om förlängning av sjukhjälpstiden.

En dylik kompletterande regel om förlängning av sjukhjälpstiden skulle närmast förutsätta en lagbestämmelse innebärande, att tid, varunder medlemmen undergår arbetsvård, inte skall inräknas i sjukhjälpstiden. Härigenom skulle vinnas, dels att medlemmen kunde påräkna ersättning under hela arbetsvårdsperioden, dels att det vid arbetsvårdens påbörjande kvarstående försäkringsskyddet i fråga om sjukpenning kunde förbli intakt för framtida behov.

Inte minst från principiell synpunkt måste en sådan lagändring framstå som ytterst tveksam. Den skulle nämligen

innebära ett avsteg från den två-åriga sjukhjälpstiden och skulle dessutom betyda, att avgörandet, huruvida och för hur lång tid sjukhjälp skulle utsträckas, komme att ligga utanför sjukförsäkringsorganens kontroll. Som en följd av ett sådant avsteg skulle med största sannolikhet även krav på förlängning av sjukhjälpstiden vid den medicinska rehabiliteringen av långtidsfall framkomma. Ett tillmötesgående härvidlag skulle leda till att sjukhjälpstidens nuvarande begränsning ofta bleve endast skenbar. Vidare bör framhållas, att lösningen kunde utöka antalet fall, där rätt till folkpension och sjukpenning samtidigt komme att föreligga och sålunda komplicera tillämpningen av de samordningsbestämmelser, som finnes inom FPL och SFL.

Med hänsyn härtill har utredningen bedömt en dylik lagändring som inte genomförbar. Härav följer, att en tillfredsställande generell lösning inte kan anses möjlig enligt förevarande alternativ. Detta utesluter inte, att möjligheten att utge hel sjukpenning inom den nuvarande sjukhjälpstidens ram kan böra föreligga under viss eller vissa former av arbetsvård, där annan och bättre lösning av olika skäl ej är tänkbar. Till denna fråga återkommer utredningen.

Vilande sjukpenningförsäkring. Som nämnts utgår under olika former av arbetsvård förutom i vissa fall arbetersättning vanligen försörjningsbidrag. I regel är dessa bidrag behovsprövade, d v s bidragen fastställas med hänsyn tagen till inkomster, som klienten och/eller hans familj uppbär i annan ordning. Därest den bidragsbehövande uppbär sjukpenning, reduceras försörjningsbidraget med motsvarande belopp. I vad avser den omedelbara försörjningen kan det för den enskilde för den skull under vissa omständigheter vara likgiltigt, om sjukpenning utgår eller ej.

Det totalbelopp, som ställes till hans förfogande under arbetsvården, blir oförändrat — detta givetvis under förutsättning att sjukpenningen understiger de maximibidrag, som kan ifrågakomma under arbetsvård. Med tanke på det framtida försäkringsskyddet torde det för vederbörande däremot vara avgörande, att utnyttjandet av rätten till sjukpenning realiter kan leda till utförsäkring. Särskilt vid sjukdomar med recidivrisk ligger det onekligen i hans intresse att så länge som möjligt bevara sitt försäkringsskydd intakt. Kan detta ske genom att hans försörjningsfråga under arbetsvården tillfredsställande löses på annat sätt, har han följaktligen starka skäl att ej utnyttja sjukpenningförmånerna. Detta torde av skäl, som nedan närmare belyses, få anses vara fallet vid de två former av arbetsvård — arbetsprövning och yrkesutbildning — där särskilda arbetsvårdsbidrag kan ifrågakomma genom den statliga arbetsvårdsmyndigheten. Som tidigare nämnts, utgår dessa bidrag efter behovsprövning med vissa av Kungl Maj:t fastställda maximibelopp, av vilka staten svarar för 75 % och hemkommunen eller annan (tex landsting) för 25 %. Ofta torde kommunandelen bestridas av socialhjälpmedel. Oavsett om medlemmen uppbär sjukpenning eller inte, utgör angivna ekonomiska medverkan från hemortskommunen eller annan regelmässigt ett villkor för att arbetsvårdsbidrag över huvud taget skall ifrågakomma. Den enskilde kan därför, även om han så önskar, som regel inte genom att utnyttja sin sjukpenning undgå att bli beroende av socialhjälp i denna form. Han har sålunda i detta avseende ej något att vinna genom att taga sin sjukpenning i anspråk och torde helst se, att detta inte behöver bli fallet.

De instanser (stat, kommuner), som beviljar försörjningsbidragen, belastas

givetvis med större kostnader, om sjukkassem medlemmen inte tager sjukpenningen i anspråk. Med hänsyn till att, som nämnts, endast en mindre del av medlemmens sjukhjälpstid normalt kan beräknas kvarstå, torde denna kostnadsökning dock bli förhållandevis ringa. För den enskilde däremot, som måste avbryta arbetsvården under sjukdom och därigenom inte har arbetsvårdsbidragen att tillgå, torde det vara av största betydelse att erhålla sjukpenning, om också endast under en relativt kort tid, och i vissa fall innebär detta, att frågan om socialhjälp då inte behöver bli aktuell.

Även vid arbetsträning vid av lands- ting drivna verkstäder är klientens försörjning genom vederbörande huvudman i allmänhet tryggad i form av bidrag, som vid behov kompletterar den arbetsersättning, klienten kan uppnå. Från den synpunkten skulle behov av sjukpenning under arbetsträning i och för sig ej heller böra föreligga. Emellertid är bidragens storlek högst varierande, och dessutom utgår de som regel helt av socialhjälpmedel. På grund härav torde många klienter trots risken av utförsäkring föredraga att i första hand utnyttja sjukpenningförmånen från sjukkassan, i den mån de är berättigade till sådan. Tillsammans med arbetsersättningen från verkstaden torde nämligen sjukpenningersättningen i vissa fall medge försörjning, varför behov av försörjningsbidrag av socialhjälpmedel ej behöver uppkomma. Särskilt gäller detta i de fall, där arbetsträningen blir av kortare varaktighet. Härtill kommer, att det vid vissa verkstäder inte förekommer några särskilda försörjningsbidrag. Detta är regel vid träningsverkstäderna i kommunal regi och även vid skyddad sysselsättning, där klienten vid behov av tillskott till sin försörjning utöver arbetsinkomsten van-

ligen har att hänvända sig direkt till socialvården för erhållande av socialhjälp. Jämväl i detta fall torde emellertid medlemmen ha intresse av att uppbära sjukpenning, så länge så kan ske. I allmänhet torde dock klientelet i skyddad sysselsättning helt ha utnyttjat sjukhjälpstiden redan före arbetsvårdens insättande.

Slutsatsen blir, att det endast i fråga om arbetsvård i form av *arbetsprövning och yrkesutbildning* i allmänhet torde framstå som ett önskemål från den enskildes sida att inte behöva ta sin sjukpenning i anspråk. Några reella möjligheter för denne att vid dylik arbetsvård avstå från den sjukpenning, han kan vara berättigad uppbära, och i stället erhålla kompensation med motsvarande belopp i form av arbetsvårdsbidrag torde dock under nuvarande förhållanden ej föreligga. I den mån medlemmen inte blir friskskriven, torde han således i regel nödgas utnyttja sin sjukpenning — eftersom utgående arbetsvårdsbidrag reduceras med motsvarande belopp — så länge han är berättigad därtill. Konsekvensen blir dock, att han vid avbrott i arbetsvården på grund av recidiv i sjukdomen riskerar att stå utan försäkringsskydd.

Enligt utredningens mening kan en sådan ordning inte anses tillfredsställande. Utredningen föreslår därför, att det i lagen intages bestämmelser, vilka kan förhindra, att medlemmens försäkringsskydd i fråga om sjukpenning tas i anspråk under arbetsvård, varom här är fråga. Dylika bestämmelser bör dock i övrigt inte innebära någon ändring i medlemmens tillhörighet till och rättighet gentemot försäkringen. Sjukpenningförsäkringen skall med andra ord kunna betraktas såsom vilande under tiden för arbetsvård. Om och när denna på grund av sjukdom avbrytes, skall medlemmen kunna uppbära sjuk-

penning som före arbetsvårdens början; allt givetvis under förutsättning att villkoren härför i övrigt är uppfyllda.

Utredningen vill i detta sammanhang erinra om att redan socialvårdskommittén framförde förslag om att försäkringen i vissa fall skulle vara vilande. Med vilande försäkring avsågs, att rättigheterna och i viss mån även avgiftsskyldigheten mot försäkringen tillfälligt skulle suspenderas, utan att tillhörigheten till densamma upphörde. Enligt kommitténs uppfattning skulle försäkringen vara vilande dels under värnpliktstjänstgöring, dels då någon omhändertagits av det allmänna på viss anstalt, utan att detta medfört undantagande från försäkringsplikten. I samtliga dessa fall stod nämligen enligt vad kommittén ansåg erforderlig läkar- och sjukhusvård till de försäkrades förfogande, varjämte deras förvärvsmöjligheter inte förändrats genom inträffad sjukdom.

Begreppet vilande försäkring upptogs emellertid inte i lagen, ej heller någon bestämmelse om avgiftsbefrielse. Där emot infördes regeln, att sjukpenning inte skall utgå till den, som fullgör tjänstgöring som värnpliktig eller omhändertages på viss anstalt, exempelvis fångvårds- eller alkoholistanstalt. Bestämmelser härom återfinnes i 23 § SFL.

Frågan om vilande försäkring upptogs på nytt av socialförsäkringsutredningen, som bl a uttalade:

Det torde inte vara erforderligt eller lämpligt att sjukpenning utgives för tid, då värnpliktstjänstgöring fullgöres. Emellertid bör värnplikten inte i och för sig föranleda ändring av den sjukpenningklass den värnpliktige tillhör. Möjlighet bör därför föreligga för denne att bli befriad från avgift för tilläggsförsäkringen för de månader, som helt åtgått för värnpliktstjänstgöring. För undvikande av särskild uppgiftsskyldighet för de militära myndigheterna bör den värnpliktige hos kassan själv styrka, att han fullgjort värnplikt och tiden

härför, om han vill åtnjuta avgiftsbefrielse. Utredningen föreslår en bestämmelse av det innehåll, som nu sagts.

I de andra fall än värnpliktstjänstgöring, som avses i 22 § SFL, bör vederbörande i regel uteslutas från sjukpenningförsäkringen under den tid omhändertagandet varar. Vid mera kortvariga fall är detta dock inte påkallat. Anledning synes inte föreligga att med avseende på dessa fall av omhändertagande vidtaga ändringar i SFL. Någon möjlighet till avgiftsbefrielse föreslås alltså inte härvidlag.

Socialförsäkringsutredningens förslag godtogs vid ärendets fortsatta behandling, och SFL innehåller numera en bestämmelse i 33 § fjärde stycket, enligt vilken möjlighet föreligger för värnpliktig att efter ansökan härom befrias från avgift till tilläggsförsäkringen.

Genom de nämnda undantagsbestämmelserna har i fråga om sjukpenningförsäkringen de syften, som socialvårdskommittén ursprungligen avsåg med förslaget om vilande försäkring, i realiteten blivit beaktade i lagen.

På enahanda sätt torde det vara möjligt att lösa den i ifrågavarande sammanhang aktuella frågan beträffande det arbetsvårdsklientel, som med bidrag av samhällseliga medel beviljas arbetsvård i form av *arbetsprövning och yrkesutbildning*. I detta fall gäller det att nå i första hand två syften, dels att sjukpenning inte utgår under arbetsvården, dels ock att medlemmen skall kunna återinträda i sina rättigheter, om arbetsvården avbrytes på grund av sjukdom.

Den första frågan synes enligt utredningens mening kunna lösas, genom att bestämmelsen i 23 §, att sjukpenning i vissa fall ej skall utgivas, kompletteras att omfatta jämväl försäkrad, som med bidrag av det allmänna undergår arbetsvård i form av arbetsprövning eller yrkesutbildning.

För en lösning av den andra frågan erfordras närmast, att nedsättning till

lägre sjukpenningklass inte äger rum under tid, försäkrad undergår sådan arbetsvård, varom här är fråga. Såsom i det föregående konstaterats, torde den medlem, som åtnjuter arbetsvård i form av *arbetsprövning* eller *yrkesutbildning i skol- eller kursform*, regelmässigt under hela arbetsvårdsperioden få anses vara i sådant tillstånd, som i 21 § avses. Någon ändring av sjukpenningklass kan därför med hänsyn till gällande bestämmelser i 11 § tredje stycket i regel inte göras i dessa fall. Vid arbetsvård i form av *yrkesutbildning i näringslivet* torde det däremot, såsom tidigare framhållits, inte vara uteslutet, att det kan bli aktuellt med ändring av sjukförsäkrads sjukpenningförsäkring, nämligen om det visar sig, att nedsättningen av arbetsförmågan är mindre än hälften. För att förhindra att nedsättning till lägre sjukpenningklass sker i något fall, då fråga är om arbetsvård i form av arbetsprövning eller yrkesutbildning, föreslår utredningen, att i 11 § SFL intages en bestämmelse, att nedsättning i sjukpenningklass ej må ske under tid, försäkrad undergår arbetsvård, som i 23 § avses.

När fråga är om arbetsvård i form av yrkesutbildning i näringslivet torde med hänsyn till därunder erhållen arbetsinkomst såväl inplacering i sjukpenningklass av enbart sjukvårdsförsäkrad som uppflyttning av sjukpenningförsäkrad i högre sjukpenningklass kunna komma i fråga. Vid inträffande sjukdom, som föranleder avbrott i dylik arbetsvård, kan alltså den försäkrade komma att bli berättigad till sjukpenning i enlighet med den sjukpenningklass, han under arbetsvården blivit inplacerad i. När arbetsvården återupptages, skall emellertid i enlighet med särbestämmelsen i 23 § sjukpenning inte utgivas under arbetsvårdstiden och ej heller nedsättning till lägre sjukpenning-

klass komma till stånd, så länge arbetsvården fortgår.

Som nämnts kan den, som fullgör tjänstgöring som värnpliktig, efter särskild framställning härom erhålla befrielse från avgift till tilläggförsäkringen. Beträffande övriga kategorier sjukpenningförsäkrade däremot, till vilka sjukpenning ej utgår, uttages avgifter i vanlig ordning. I och för sig kunde det anses motiverat att för ifrågavarande arbetsvårdsklientel under arbetsprövning eller yrkesutbildning tillämpa samma bestämmelser, som gäller för värnpliktiga. Förhållandena är dock inte helt lika. Den värnpliktige erhåller vid sjukdom under tjänstgöringen ingen sjukpenning. Den försäkrade däremot, som undergår arbetsvård, skall vid sjukdom, som föranleder kortare eller längre tids avbrott i arbetsvården, omedelbart kunna återinträda i sina rättigheter. Med hänsyn till detta försäkringskydd anser utredningen rimligt, att berörda arbetsvårdsklientel skall ha att erlagga avgift i vanlig ordning.

Utredningen har i det föregående förordat, att systemet med vilande försäkring skall omfatta endast sådan sjukpenningförsäkrad, som undergår arbetsvård i form av arbetsprövning och yrkesutbildning, däremot inte sådan, som är föremål för *arbetsträning* eller beredes *skyddad sysselsättning*. Härigenom uppkommer på nytt frågan, huruvida det ej kan befinnas motiverat med en bestämmelse om rätt till hel sjukpenning oavsett graden av arbetsförmågans nedsättning under tid, försäkrad är föremål för sistnämnda former av arbetsvård och enligt bestämmelserna i övrigt är berättigad att uppbära sjukpenning.

Enligt utredningens mening torde vad beträffar den *skyddade sysselsättningen*, som mer eller mindre är att betrakta som en definitiv åtgärd när-

mast jämförbar med en arbetsanställning i öppna marknaden, anledning dock saknas att i fråga om sjukpenningförsäkringen införa särskilda regler.

Vad gäller *arbetsträningen*, som i likhet med arbetsprovning och yrkesutbildning innebär en arbetsvårdande åtgärd av förberedande art, torde däremot en bestämmelse av ifrågasatt slag onekligen kunna vara befogad. Den skulle nämligen för den enskilde kunna medföra möjlighet till en bättre ersättning än eljest från sjukförsäkringen och på så sätt utgöra en stimulans till att underkasta sig arbetsvård av detta slag. Sjukförsäkringen å sin sida skulle befrias från den nu ytterst besvärliga frågan att avgöra, när hel eller halv sjukpenning bör utgå eller när indragning av densamma skall ske.

Av anförda skäl föreslår utredningen, att i 21 § SFL intages en bestämmelse av innebörd, att arbetsoförmåga alltid skall anses föreligga under tid, försäkrad undergår arbetsvård i form av arbetsträning. Härigenom möjliggöres, att hel sjukpenning inom ramen för sjukhjälpstiden alltid kan utgå i dylikt fall.

Som tidigare framhållits, är gränsen mellan arbetsträning och skyddad sysselsättning ofta svår att fastställa. För undvikande av missbruk synes nyssnämnda bestämmelse om hel sjukpenning därför böra kompletteras i två avseenden.

För det första torde det vara ofrånkomligt, att träningsinstitutionens läkare i varje särskilt fall vitsordar, att arbetsträning föreligger. Anvisning härom torde böra utfärdas av tillsynsmyndigheten över de allmänna sjukkassorna. För det andra torde det vara nödvändigt fastställa en längsta arbetsträningsperiod, under vilken förlust av arbetsförmågan enligt de särskilda bestämmelserna härom skall anses föreligga. Den genomsnittliga träningstiden har i

det föregående angivits hålla sig omkring 4 à 5 månader. Med utgångspunkt härifrån föreslår utredningen, att förlust av arbetsförmågan skall anses föreligga under högst 6 månader i anledning av att den försäkrade erhåller arbetsvård i form av arbetsträning. För träningstid därefter skall den försäkrade jämställas med den, som är föremål för skyddad sysselsättning och sålunda i sjukpenningavseende inte särbehandlas.

Yrkesskadeförsäkringen (och ersättning enligt militärsättningsföreskriften)

Vad gäller YFL och den därmed analogt konstruerade MEF ger dessa — som tidigare påpekats — klara anvisningar i den aktuella frågan såtillvida, att i lagtexten införts bestämmelser innebärande att under tid för yrkesutbildning, som »huvudsakligen syftar till och är ägnad att väsentligt minska skadans inverkan på hans förmåga att framdeles bereda sig arbetsinkomst», sjukpenningen och livräntan kan höjas till 100 %. Denna möjlighet är emellertid begränsad till yrkesutbildning; övriga arbetsvårdsformer har inte uttryckligen nämnts. Med hänsyn till att såväl arbetsprovning som arbetsträning till sin karaktär har samma syfte, synes det angeläget, att liknande möjligheter föreligger inom dessa arbetsvårdsformer. Utredningen föreslår för den skull, att ändring av YFL och MEF sker i överensstämmelse härmed. Den skyddade sysselsättningen däremot bör i egenskap av en form av arbetsplacering ej omfattas av ifrågavarande bestämmelser.

Folkpensioneringen

Som tidigare berörts, innehåller FPL en bestämmelse, enligt vilken folkpension med hänsyn till de föreliggande omständigheterna helt må indragas eller nedsättas, därest pensionsberättigad med bidrag av allmänna medel åtnju-

ter bli yrkesutbildning. Bestämmelsen kompletteras med en anvisning, att nära anhörig, vilken för sitt uppehälle är beroende av pensionen, må medgivas att under samma tid uppbära pensionen eller del därav. Vid den praktiska tillämpningen av ifrågavarande bestämmelse synes utgående invalidpension eller sjukbidrag som regel ha indragits utom beträffande dem, som uppbär blindtilllägg. Bestämmelsen om indragning helt eller delvis av pensionen synes ha tillkommit närmast för att förhindra, att den pensionsberättigade under tid för yrkesutbildning uppbär förmåner, som sammanlagt överstiger vad som kan anses rimligt. Enligt sin ordalydelse avser bestämmelsen förutom sjukvårdande åtgärder endast yrkesutbildning. Vid arbetsprovning och arbetsträning bibehåller klienten, enligt vad utredningen erfarit, som regel de utgående pensionsförmånerna. Vid arbetsplacering i öppna marknaden såsom anställd eller såsom egen företagare tillämpas av pensionsstyrelsen vanligen en viss observationstid, innan folkpensionen indrages eller nedsättes. Enligt uttalande av pensionsstyrelsen skall sålunda i syfte att underlätta den försäkrades återgång i arbete vid bedömandet av frågan om indragning av pensionen i samband med bli arbetsanställning iakttagas viss försiktighet. Praxis synes vara, att man tillämpar en observationstid av 6 månader, i vissa fall tom längre tid.

Enligt utredningens mening borde liknande synpunkter anläggas på frågan, i vad mån folkpensionsförmåner skall få behållas vid yrkesutbildning. Invalidpension eller sjukbidrag innebär för den sjuke ett visst trygghetsmoment genom att han garanteras en viss minimistandard, vilken i själva verket kan göra honom obenägen att pröva andra vägar till försörjning, därest denna provning innebär omedelbara konsekvenser i form

av indragning av folkpensionsförmånerna. Det gäller här i regel svårt handikappade människor; en varaktig eller betydande nedsättning av arbetsförmågan är ju förutsättningen för att ersättning skall utgå enligt folkpensioneringslagen. Prognosen kan vara utomordentligt osäker och förenad med stor risk för ett misslyckande. Medvetandet här om och ovissheten om att i sådant fall snabbt kunna återfå pensionen kan verka hindrande på den enskildes intresse att underkasta sig arbetsvårdande åtgärder. Skäl synes för den skull föreligga att i frågan om yrkesutbildningen tillämpa samma försiktiga tillvägagångssätt, som praktiseras vid arbetsprovning, arbetsträning och arbetsplacering. Det torde inte råda någon tvekan om att nedsättningen i arbetsförmågan kvarstår, till dess arbetsvårdsåtgärderna avslutats. Med anledning härav finner utredningen sig böra rekommendera en omprovning av den praktiska tillämpningen av bestämmelserna.

En sådan ändrad tillämpning torde inte behöva föranleda lagändring. De nuvarande bestämmelserna, som innebär möjlighet till viss temporär indragning eller nedsättning, då särskilda förhållanden föreligger, torde i och för sig vara motiverade, men tillämpningen av dem synes böra begränsas till de undantagsfall, där de särskilda förhållandena verkligen är tillfinnandes. En tillämpning av systemet med bibehållande av pensionsförmånerna under tid för arbetsvård torde också innebära en administrativ förenkling såtillvida, att nytt beslut om pension inte behöver fattas vid ett avbrott i utbildningen på grund av sjukdom eller liknande. De särskilda kompletterande ekonomiska förmåner, som utgår i samband med arbetsvården, upphör i och med att arbetsvården avbrytes, men pensionsförmånerna skulle fortsätta att utgå.

FJÄRDE KAPITLET

Sjukförsäkringen och företagens sjuk- och hälsovård

Enligt sina direktiv har utredningen haft att pröva jämväl frågan om sjukförsäkringens förhållande till den av åtskilliga företag anordnade sjuk- och hälsovårdande verksamheten. För beaktande härvid har statsrådet och chefen för socialdepartementet till utredningen överlämnat en framställning av den 5 november 1954 från Svenska arbetsgivareföreningen. Utredningen, som fäste avsevärd vikt vid den sjuk- och hälsovårdande verksamheten på arbetsplatserna, fann sig böra upptaga denna fråga till särskild behandling och redovisade sina synpunkter i en promemoria den 22 augusti 1955.

I denna promemoria erinrades om att företagens sjukvårdande åtgärder hade beaktats redan vid sjukförsäkringslagens tillkomst, i och med att i lagens 19 § andra stycket hade införts en bestämmelse, enligt vilken sjukkassa äger att med arbetsgivare, som anordnar läkarvård eller vidtager andra sjukvårdande åtgärder, så att kassans utgifter för sjukvårdsförsäkringen kan antagas minska, överenskomma om skäligen gottgörelse för arbetsgivarens ifrågavarande kostnader. Sådan överenskommelse skall dock för att vara gällande fastställas av tillsynsmyndigheten.

Vid prövning av ärendet fann utredningen, att endast ett fåtal dylika överenskommelser om gottgörelse träffats. En orsak härtill kunde möjligen vara, att sjukkassorna hyst tvekan rörande de ekonomiska fördelarna för sjukförsäkringen av dylika överenskommelser.

Fullt klart vore emellertid enligt utredningens mening, att arbetsgivarna i allmänhet ansett den gottgörelse, som kunde påräknas enligt av tillsynsmyndigheten utfärdade direktiv till sjukkassorna, vara alltför snävt tilltagen och att de följaktligen inte haft något intresse av att få överenskommelser till stånd. Arbetsgivareföreningen hade i sin framställning hemställt, att åtgärder måtte vidtagas för att möjliggöra för arbetsgivarna att få en rimligare ersättning för anordningar i sjukvårdande syfte.

Enligt utredningen vore det uppenbart, att den av företagen anordnade sjukvårdande verksamheten kunde antagas medföra en avsevärd minskning av sjukförsäkringens utgifter för sjukvård och därutöver en betydande minskning av sjukpenningutgifterna. Utredningen fann det därför med hänsyn till sjukförsäkringens ekonomi önskvärt, att anordnandet och bibehållandet av dylik sjukvård uppmuntrades. Under alla omständigheter borde det tillses, att den allmänna sjukförsäkringens existens inte ledde till en stagnation eller tillbakagång av verksamheten. Utredningen menade, att detta syfte kunde ernås genom en ändrad lagtillämpning, innebärande att gottgörelse till arbetsgivarna utmättes mindre restriktivt än vad då gällande anvisningar tillät. Utredningen framlade för den skull förslag till riktlinjer för en ändrad tillämpning av bestämmelserna i 19 § andra stycket SFL. Förslaget innebar, att allmän sjukkassa borde kunna gott-

göra en arbetsgivare med högst 50 % av dennes nettokostnad för sjuk- och hälsovårdande åtgärder. Härvid förutsattes dock, dels att arbetsgivarens kostnader till minst hälften hänförde sig till *sjukvårdande* åtgärder — någon mera detaljerad beräkning därutinnan ansågs inte böra vidtagas — dels att kostnaderna inte beräknades högre än vad som kunde anses skäligt, dels slutligen att kostnad för åtgärder i anledning av arbetarskyddslagstiftningen inte medräknades. Skulle i något fall förstnämnda förutsättning inte föreligga, borde ersättningsandelen i skälig mån jämkas. Om vid ett företag den sjukvårdande verksamheten allenast eller huvudsakligen siktade till att konstatera vissa förhållanden, t ex sjuklighetens omfattning och natur, borde något avtal om gottgörelse inte förekomma.

Kungl Maj:t har sedermera genom brev till riksförsäkringsanstalten den 2 december 1955 föreskrivit, att vid tillämpningen av ifrågavarande lagrum skall i huvudsak följas de riktlinjer, utredningen föreslagit.

I sin promemoria hade utredningen betonat, att enbart genom en ändrad lagtillämpning alla hithörande problem ej blivit lösta, särskilt som sjukförsäkringskassorna äger att bestämma, huruvida avtal om gottgörelse skall ingås eller inte. Det vore t ex inte uteslutet, att det kunde visa sig motiverat att införa statsbidrag till gottgörelse av ifrågavarande slag för att stimulera sjukförsäkringskassorna till att ingå överenskommelser av berörda slag.

Efter framställning från riksförsäkringsanstalten, vari påpekades, att frånvaron av statsbidrag till gottgörelse för arbetsgivares utgifter för sjukvårdande åtgärder kunde göra sjukförsäkringskassorna obenäma att sluta avtal om ersättning, föreslog Kungl Maj:t i proposition till riksdagen (1956:22), att bestämmelser om statsbidrag för ifrågavarande kost-

nader skulle införas i 41 § första stycket SFL. Riksdagen beslöt i enlighet härmed, och fr o m kalenderåret 1956 utgår sålunda statsbidrag med 50 % av sjukförsäkringskassornas utgifter för gottgörelse till arbetsgivare enligt 19 § andra stycket SFL, dock ej för gottgörelse som belöper på vård enligt 18 § samma lag.

Genom de nya riktlinjerna för tillämpning av sjukförsäkringslagens bestämmelse om gottgörelse till arbetsgivarna samt genom den genomförda lagändringen i fråga om statsbidrag för sjukförsäkringskassornas utgifter för sådan gottgörelse bör ha skapats både för arbetsgivarna och sjukförsäkringskassorna gynnsammare förutsättningar för överenskommelser av ifrågavarande slag. Inför slutredovisningen av sitt uppdrag har utredningen ansett sig böra undersöka, om så blivit fallet eller om de hittillsvarande erfarenheterna av de genomförda ändringarna kan anses påkalla ytterligare åtgärder.

Utredningen har hos riksförsäkringsanstalten inhämtat, att sammanlagt ett 100-tal framställningar om avtal registrerats hos anstalten fr o m den 1 januari 1956 t o m den 31 december 1957. Vid 1957 års slut hade anstalten fastställt 44 avtal, omfattande ca 54 000 anställda; bland dessa avtal ingår jämväl sådana överenskommelser, som slutits enligt tidigare tillämpade bestämmelser men numera omändrats i enlighet med de nya riktlinjerna. Av övriga omkring 50 framställningar hade anstalten vid nämnda tidpunkt lämnat förslag till avtal i 12 fall, omfattande minst 25 000 anställda; preliminära förslag förelåg dessutom i ett 20-tal fall, medan återstående var under handläggning vid anstalten. Därjämte hade man sig bekant, att förhandlingar mellan sjukförsäkringskassor och företag pågick i betydande omfattning, berörande bl a ett antal stora företag.

Av de redovisade uppgifterna har utredningen ansett sig kunna utläsa, att intresset för överenskommelser ökat i betydande grad. Antalet hos riks-försäkringsanstalten registrerade framställningar om avtal tyder uppenbarligen på att såväl arbetsgivarna som sjukkas-sorna numera anser gynnsammare för-utsättningar för överenskommelser före-ligga.

Totalt uppgår gottgörelsebeloppen enligt de fastställda avtalen till omkring 750 000 kr för år, vilket innebär, att de berörda företagens kostnader för sådan sjuk- och hälsovård, som omfattas av avtalen, utgör omkring 1,5 millioner kr för år. Genomsnittskostnaden för an-ställd och år blir följaktligen omkring 28 kr, varav företagen betalar hälften eller 14 kr och sjukkassan, respektive staten vardera fjärdedelen eller 7 kr. Detta innebär att, om genom de vidtag-na åtgärderna de anställdas genomsnitt-liga sjuklighet kan förkortas med en enda dag, produktionsvärdet av denna dags arbetsinsats väl kompenserar kost-naderna. Även för de fall, där dessa överstiger de nämnda genomsnittssiff-rorna — utredningen har sig bekant två överenskommelser, enligt vilka kostna-den för anställd och år uppgår till ca 50 kr — synes utgifterna kompense-ras av de besparingar som bör kunna ernås.

Enligt vad riks-försäkringsanstalten upplyst, har i samtliga fastställda avtal med företag, där företaget till läkaren utbetalar ersättningen för de anställdas läkarvård, denna ersättning inkluderats i avtalet. Visserligen kan det i vissa fall inträffa, att ett företag härigenom er-håller en lägre ersättning än vad som skulle kunna utgå för läkarvård vid en tillämpning av 14 §. Med hänsyn till de administrativa fördelar, som vunnits, har företagen ändock träffat avtal om gottgörelse enligt 19 § andra stycket.

I allmänhet har ersättningen med till-lämpning av 19 § på läkarvården dock medfört, att företagen erhållit minst lika stor eller större gottgörelse än som kun-nat utgå för läkarvård enligt 14 §. Ge-nom läkarvårdens inkluderande i sjuk-vårdskostnaderna kan nämligen vid gottgörelsens bestämmande hänsyn ta-gas i högre grad till den hälsovårdande verksamheten.

Den av företagen bedrivna hälsovård-ande verksamheten är enligt utred-ningens mening av betydelse för att fö-rebygga behov av sjukvård och rehabi-litering. Härigenom kan den påverka också sjukförsäkringens ekonomi. Att den ändrade lagtillämpningen men framför allt lagändringen medfört möj-ligheter till ökat stöd åt denna verk-samhet, finner utredningen tillfreds-ställande.

Sammanfattningsvis vill utredningen framhålla, att — då de nya bestämmel-serna om gottgörelse till arbetsgivare för av dem vidtagna sjukvårdande åtgärder har varit i kraft endast jämfö-relsevis kort tid — erfarenheterna mås-te vara begränsade. De kan helt natur-ligt därför ej läggas till grund för några säkra slutsatser. Utredningen anser sig dock kunna konstatera, att såväl från företagens som från sjukkassornas sida numera intresse föreligger för överens-kommelser av ifrågavarande slag. Här-igenom synes det huvudsakliga syftet med åtgärderna ha vunnits. Ersättnings-grunderna förefaller därjämte vara jäm-förelsevis rimligt avvägda i förhållan-de till de fördelar, som kan antagas före-ligga för de avtalsslutande parterna. Be-stämmelserna tillåter ett inte oväsentligt stöd även åt den hälsovårdande verk-samheten vid företagen. Några direkt negativa erfarenheter har inte redovi-sats. Vid sådant förhållande har utred-ningen ej funnit skäl föreslå några ytter-ligare åtgärder på förevarande område.

Rehabilitering och förebyggande hälsovård

Utredningen har i det föregående framlagt vissa förslag syftande till att vidga socialförsäkringens möjligheter att medverka vid rehabiliteringen av sjuka och skadade personer. Det är uppenbart, att behovet av rehabiliteringsåtgärder i många fall skulle kunna minskas eller helt förebyggas, om man kunde upptäcka sjukdomstecken av olika slag på ett så tidigt stadium, att en mera påtaglig nedsättning av arbetsförmågan ännu inte inträtt. Även för socialförsäkringens del skulle stora besparingar härigenom vinnas. Frågan om den förebyggande hälsovården överhuvudtaget och särskilt om hälsoundersökningar vid vissa åldrar hänger sålunda nära samman med det problem, utredningen haft att pröva. Utredningen finner sig därför böra beröra denna fråga; detta också av den anledningen, att den förebyggande hälsovårdens ställning inom sjukförsäkringen diskuterats redan i samband med den allmänna sjukförsäkringens tillkomst.

Den allmänna sjukförsäkringen ersätter för närvarande i princip endast sådan läkarvård, som föranletts av sjukdom. Försäkringen kan sålunda inte ersätta försäkrads kostnader för läkarundersökning för erhållande av friskintyg eller överhuvud för sådan läkarundersökning, som inte påkallats av sjukdom. Emellertid torde undersökningar, vid vilka sjukdom ej konstaterats, i praktiken ersättas i ganska betydande omfattning; detta sker i de fall, där veder-

börande med hänsyn till omständigheterna trots sig vara sjuk och i behov av undersökning. Utgivande av ersättning även i dylika fall har nämligen stöd i förarbetena till sjukförsäkringslagen.

Det måste anses mindre tillfredsställande, att ersättningsfrågans lösning skall bero av ett subjektivt bedömande från den försäkrades eller läkarens sida. Utredningen har därför dryftat frågan, huruvida hälsoundersökningar åtminstone i viss utsträckning skulle kunna ersättas av sjukförsäkringen även i de fall, misstanke om sjukdom ej föreligger. På längre sikt måste nämligen dylika undersökningar som ett led i en sjukdomsförebyggande verksamhet vara av stor betydelse för försäkringens ekonomi. En sådan utvidgning av sjukförsäkringens förpliktelser skulle emellertid enligt utredningens uppfattning komma att medföra vittgående konsekvenser från såväl principiell, ekonomisk som administrativ synpunkt.

Från principiell synpunkt må erinras om att det redan i 1 § SFL utsäges, att den allmänna sjukförsäkringen avser att bereda sjukhjälp vid sjukdom. I propositionen nr 178 till 1953 års riksdag uttalade föredragande departementschefen i anslutning härtill, att frågan om den förebyggande hälsovården var mycket svårlöst, samt anförde vidare:

Sålunda lär det vara meningslöst att sjukförsäkringsvägen finansiera periodiskt återkommande hälsoundersökningar, då någon försäkringsrisk härvidlag ej finnes. De läkarresurser, som kan påräknas för den

sjukdomsförebyggande verksamheten, torde även bli begränsade. Jag anser det sålunda inte vara möjligt att utan en ingående undersökning ålägga sjukförsäkringen uppgifter på det sjukdomsförebyggande området. En utredning härom torde böra komma till stånd först sedan den nya försäkringen vunnit en viss stadga.

Innan ett förslag framlägges om en utvidgning av sjukförsäkringens åtaganden att omfatta jämväl hälsovård, måste enligt utredningens mening konsekvenserna härav från ekonomisk och administrativ synpunkt utredas. Härvid är det nödvändigt att beakta de verkningar, som kunde tänkas inställa sig för sjukvårdens och arbetsvårdens del. Det torde inte falla inom ramen för utredningens uppdrag att verkställa ett sådant utredningsarbete.

Inom utredningen har förslag väckts om försöksverksamhet på hithörande

område inom något eller några sjuk-kasseområden. Då emellertid en försöksverksamhet för att bli till största möjliga nytta bör anordnas och genomföras i samband med en prövning av frågan hur den personliga hälsovårdens problem skulle kunna lösas inom socialförsäkringens och då närmast sjukförsäkringens ram, har det inte befunnits böra ankomma på utredningen om socialförsäkring och arbetsanpassning att närmare pröva förslaget. Särskilt med hänsyn till att numera vissa erfarenheter vunnits av den allmänna sjukförsäkringen anser sig utredningen böra förordas, att nyssberörda fråga om den förebyggande hälsovårdens ställning i förhållande till socialförsäkringen snarast upptages till en förutsättningslös prövning.

Sammanfattning av förslagen

1. Enligt direktiven har utredningen haft att utreda dels sjuk- och yrkesskadeförsäkringarnas förhållande till rehabiliteringen, dels sjukförsäkringens förhållande till företagens sjuk- och hälsovård. Vid fullgörandet av sitt uppdrag har utredningen i vad avser förstnämnda frågeställning ansett sig i viss mån böra se socialförsäkringen som en enhet. Detta har föranlett, att utredningen befattat sig även med folkpensioneringen och den till yrkesskadeförsäkringen nära anknutna militärsättningsförordningen. Utredningen har även ansett sig böra beröra frågan om rehabilitering och förebyggande hälsovård.

Socialförsäkringen och rehabiliteringen

2. Rehabiliteringen av sjuka och skadade innebär för socialförsäkringen stora möjligheter till kostnadsbesparingar. Skall socialförsäkringen kunna bedrivas rationellt, framstår det därför för försäkringen som högst angeläget, att den har rehabiliteringsanordningar att tillgå. Detta behöver inte betyda, att dylika anordningar organiseras fristående inom socialförsäkringens ram. Tvärtom har utredningen den principiella uppfattningen, att samhällets sjukvårdande och arbetsvårdande verksamhet i första hand bör utnyttjas. Socialförsäkringen bör dock erhålla vidgade möjligheter att administrativt och ekonomiskt medverka i denna verksamhet. Försäkringens bestämmelser bör vidare vara så

utformade, att rehabiliteringsåtgärder befrämjas.

Socialförsäkringens administrativa medverkan

3. Utredningen anser, att socialförsäkringens medverkan i administrativt hänseende i rehabiliteringen bör ifrågakomma dels vid fastställandet av rehabiliteringsbehovet, dels vid genomförandet av rehabiliteringsåtgärderna.

Redan när fråga är om att fastställa behovet av *medicinsk rehabilitering* för företrädesvis den öppna vårdens klientel synes socialförsäkringen inte minst genom de läkare, som är knutna till denna, kunna göra en värdefull insats. Några särskilda organisatoriska anordningar i syfte att skapa garantier för att dylika åtgärder i tid aktualiseras av försäkringen har utredningen inte bedömt erforderliga. En förutsättning för en insats från socialförsäkringens sida är emellertid, dels att ett tillräckligt antal kvalificerade och intresserade läkare är knutna till försäkringen, dels att denna läkarexpertis utnyttjas rationellt i förevarande syfte. I den mån ifrågavarande läkare ej på annat sätt erhåller kunskap om den medicinska rehabiliteringen, torde de böra beredas tillfälle till viss fortbildning inom området. Utredningen har ansett det böra ankomma på medicinalstyrelsen att i samråd med berörda socialförsäkringsinstitutioner, fackorganisationer m fl anordna sådan utbildningsverksamhet.

4. För att möjliggöra ett tidigt uppmärksammande av behovet av *arbetsvård* föreslår utredningen på grundval av viss försöksverksamhet, att ett organiserat samarbete kommer till stånd mellan sjukkassorna och arbetsvårdsorganen. Inom varje centralsjukkasseområde skall sålunda finnas ett samarbetslag bestående av representanter för dessa båda organ. Till dessa lag skall sjukkassorna ha att för prövning av arbetsvårdsbehovet inrapportera sjukskrivna medlemmar. Denna prövning skall i princip beträffande samtliga sjukskrivna påkallas senast, då sjukhjälp utgått inemot 3 månader. Ett sådant samarbete kommer att öka arbetsbelastningen för såväl sjukkassorna som arbetsvårdsorganen. Utredningen har ansett det böra ankomma på tillsynsmyndigheten över de allmänna sjukkassorna respektive arbetsmarknadsstyrelsen att vidtaga åtgärder för nödig förstärkning av såväl läkarexpertisen som erforderlig utbildning och utökning av annan personal.

5. Med avseende på sådana grupper, som kommer utanför sjukkassans intressesfär, förordar utredningen vissa särskilda anordningar som komplement till nyssnämnda samarbete mellan sjukkassorna och arbetsvårdsorganen, såsom skyldighet för sjukkassorna att i samband med att ett yrkesskadefall överföres till yrkesskadeförsäkringen till yrkesskadeinrättning anmäla i ärendet vidtagna eller planerade arbetsvårdsåtgärder samt visst utvidgat samarbete mellan försäkringsinrättningarna och arbetsmarknadsstyrelsen.

6. Vad gäller socialförsäkringens medverkan vid *genomförandet av rehabiliteringsåtgärderna* har utredningen inte funnit skäl för närvarande förorda, att särskilda anordningar på något område organiseras fristående i socialförsäkringens regi. Frågan om lämpligheten

av att redan existerande sÄranordningar, såsom pensionsstyrelsens sjukvårdande verksamhet och sjukkassornas konvalescenthemsverksamhet, alltjämt drives vid sidan av den allmänna sjukvården, har av utredningen vidrörts men ej ansetts böra föranleda något närmare ställningstagande. Med utgångspunkt från att socialförsäkringen i regel inte bör driva egen rehabiliteringsverksamhet förordar utredningen, att för bedömningen av hjälpbehovet värdefullt material, som finnes tillgängligt inom försäkringen, tillhandahålles arbetsvårdsorganen. För att underlätta dessa organs arbete förordas vidare, att sjukkontrollantorganisationen inom sjukförsäkringen vid sidan av sjukkontrollen på försök utnyttjas för insamlade av visst utredningsmaterial för arbetsvårdsorganens räkning i fråga om sjukförsäkringsklientelet.

Socialförsäkringens ekonomiska medverkan

7. Enligt utredningens mening saknas för närvarande anledning att påfordra direkt *ekonomiskt stöd från socialförsäkringen åt institutioner för rehabilitering* stående utanför försäkringen. Utredningen anser det naturligt, att kostnaderna för ifrågavarande anordningar liksom hittills bestrides av huvudmännen för verksamheten, d v s staten, landstingen, primärkommunerna och i vissa fall enskilda. Skulle det emellertid visa sig, att de rehabiliteringsanordningar, som försäkringen är i behov av, inte i erforderlig utsträckning kommer till stånd och ej heller erhåller nödig kapacitet, anser utredningen, att frågan om insatser på detta område från socialförsäkringens sida kan böra upptagas till övervägande. Under alla förhållanden torde frågan böra bli föremål för prövning vid en eventuell framtida översyn av socialförsäkringen.

8. Vad gäller *ekonomiskt stöd åt den enskilde i samband med medicinsk rehabilitering* har utredningen inte ansett sig böra föreslå någon utvidgning av socialförsäkringens ersättningsmöjligheter i samband med *sluten vård*. I fråga om den *öppna vården* däremot föreslår utredningen, att SFL, YFL och MEF ändras på sätt, som möjliggör ersättning för försäkrads kostnader för sådana undersöknings- och behandlingsformer inom den medicinska rehabiliteringen, som för närvarande ej täckes av bestämmelserna, såsom funktionsprovning och arbetsterapi. Utredningen föreslår därjämte, att tillsynsmyndigheten över de allmänna sjukkasorna till provning upptager frågan om införande av motsvarande ändringar i sjukkassornas stadgar. Bestämmelserna i FPL har inte ansetts påkalla någon ändring i förevarande avseende.

9. I fråga om *proteser och andra tekniska hjälpmedel* föreslår utredningen, att staten såsom hittills svarar för huvudparten av kostnaderna och att socialförsäkringens medverkan blir oförändrad.

10. Till kostnader för *läkarundersökningar, psykotekniska anlagsprov etc.*, som för den enskilde kan uppkomma i samband med arbetsvård, bör bidrag som hittills utgå av statsmedel via arbetsvårdsorganen. Någon ekonomisk medverkan till ifrågakommande ändamål från socialförsäkringens förordas för närvarande inte.

11. Utredningen har ej heller i nuvarande läge funnit skäl förordas en ekonomisk medverkan från socialförsäkringens vad gäller *näringshjälpsverksamheten*. Behovet av näringshjälp bör tillgodoses på annat sätt, främst genom att erforderliga medel ställas till förfogande för de myndigheter, som har att utge statsbidrag till näringshjälp. Frågan om bidrag från främst folkpensio-

neringen och yrkesskadeförsäkringens föreslås dock bli omprövad i samband med en framtida översyn av socialförsäkringens.

12. I fråga om *kostnader för den enskildes försörjning* under arbetsvård gäller för närvarande enligt YFL och MEF, att sjukpenning och livränta kan höjas till 100 % under tid för yrkesutbildning. Utredningen föreslår, att dylik höjning skall kunna ifrågakomma jämväl vid arbetsprovning och arbets träning, däremot inte vid skyddad selsättning. Vad gäller FPL förordas, att det hittills bl a vid arbetsprovning och arbetsträning tillämpade systemet med bibehållande av pensionsförmånerna utsträcker till att avse även yrkesutbildning. För att möjliggöra en mera effektiv insats från sjukförsäkringens i förevarande avseende har utredningen övervägt lämpligheten av att jämväl i SFL införa bestämmelser om höjning av sjukpenning till 100 % under tid för yrkesutbildning men funnit, att en sådan anordning inte skulle få någon mera avsevärd effekt utan en samtidig förlängning av sjukhjälpstiden. En lagändring innebärande ett frångående av den två-åriga sjukhjälpstiden har dock inte ansetts genomförbar. Med hänsyn härtill har sjukförsäkringens medverkan prövats från delvis andra utgångspunkter med särskilt beaktande av, å ena sidan, medlemmens behov av stöd från försäkringens under arbetsvård och, å andra sidan, de risker för utförsäkring och därmed avsaknad av framtida försäkringsskydd, som detta stöd kan medföra. Härvid har utredningen funnit, att olika lösningar bör användas vid skilda former av arbetsvård. Utredningen anser sålunda, att under tid för arbetsvård i form av *arbetsprovning och yrkesutbildning* sjukpenning inte skall utgå. Sjukpenningförsäkringens bör under sådan tid betraktas som vilande, och ut-

redningen föreslår sådana lagändringar, som gör detta möjligt. Försäkrad där-
emot, som undergår arbetsvård i form
av *arbetsträning*, föreslås skola inom
ramen för sjukhjälpstiden erhålla hel
sjukpenning, dock skall vid tillämp-
ningen av den sålunda föreslagna sär-
bestämmelsen gälla viss tidsbegräns-
ning (6 månader). Beträffande försäkrad
slutligen, som beredes *skyddad sys-
selsättning*, föreslås ingen ändring i vad
nu gäller.

Sjukförsäkringen och företagens sjuk- och hälsovård

13. I en promemoria den 22 augusti
1955 framlade utredningen om social-
försäkring och arbetsanpassning förslag
till riktlinjer för en ändrad tillämpning
av bestämmelserna i 19 § andra stycket
SFL. Förslaget innebar i huvudsak, att
allmän sjukkassa borde kunna gottgöra
en arbetsgivare med högst 50 % av den-
nes nettokostnad för sjukvårdande åtgärder.
Förslaget vann Kungl Maj:ts
gillande, och i brev den 2 december
1955 till riksförsäkringsanstalten har
Kungl Maj:t föreskrivit en tillämpning
av nämnda lagrum i enlighet med vad
av utredningen förordats. Sedermera
har Kungl Maj:t i proposition 1956:22
efter framställning från riksförsäkrings-
anstalten föreslagit införande av be-
stämmelser om statsbidrag till ifråga-
varande kostnader. Riksdagen beslöt i
enlighet härmed, och fr o m kalender-
året 1956 utgår statsbidrag med 50 %

av sjukassornas utgifter för gottgörelse
till arbetsgivare enligt 19 § andra styc-
ket SFL. Utredningen har erhållit upp-
gifter om erfarenheterna av de sålunda
genomförda förändringarna. Det har
härvid kunnat konstateras, att såväl
från företagens som från sjukassornas
sida intresse numera föreligger för
överenskommelser om ersättning enligt
19 § andra stycket SFL. Härigenom sy-
nes det huvudsakliga syftet med åtgär-
derna ha vunnits. Då några negativa
erfarenheter inte redovisats har utred-
ningen ej funnit skäl föreslå ytterligare
åtgärder på förevarande område.

Rehabilitering och förebyggande hälsovård

14. Enligt utredningens mening är det
uppenbart, att hälsovårdande åtgärder
bl a i form av återkommande hälsokon-
troller kan bidra till att minska och
i vissa fall helt förebygga behov av re-
habilitering. Med hänsyn härtill har ut-
redningen dryftat frågan om en utvidg-
ning av sjukförsäkringens ersättnings-
möjligheter till att omfatta även hälso-
undersökningar. Innan ett förslag i så-
dan riktning framlägges, har det dock
ansetts nödvändigt, att konsekvenserna
härav från olika synpunkter utredes.
Detta torde inte falla inom ramen för
utredningens uppdrag. Utredningen ut-
talar sig för den skull för att frågan
om den förebyggande hälsovårdens
ställning inom socialförsäkringen snarast
upptages till prövning.

Författningsförslag

Förslag till Lag angående ändring i lagen den 3 januari 1947 om allmän sjukförsäkring (nr 1)

Härigenom förordnas, att 11, 18, 21 och 23 §§ lagen den 3 januari 1947 om allmän sjukförsäkring¹ skola erhålla ändrad lydelse på sätt nedan anges.

Nuvarande lydelse

11 §

Sjukkassa skall — — — — — därav påkallas.
Ändring av — — — — — ändringen uppkommit.
Under tid — — — — — riksdagens verk.

Föreslagen lydelse

11 §

*Ändring till lägre sjukpenningklass
må ej ske under tid, då försäkrad under-
går arbetsvård, som i 23 § a) avses.*

Beslut angående — — — — — delgivas denne.

18 §

Sjukkassa må, med tillsynsmyndighe-
tens medgivande och enligt de närmare
föreskrifter som meddelas av tillsyns-
myndigheten, besluta, att ersättning
skall utgå för försäkrads kostnader för
sjukgymnastik eller eljest behandling
med bad, massage, elektricitet eller het-
luft eller annan därmed jämförlig be-
handling eller för konvalescentvård.
I sådant fall skall den obligatoriska
sjukvårdsförsäkringen i kassan omfatta
även förmån, som avses med beslutet.

18 §

Sjukkassa må, med tillsynsmyndighe-
tens medgivande och enligt de närmare
föreskrifter som meddelas av tillsyns-
myndigheten, besluta, att ersättning
skall utgå för försäkrads kostnader för
funktionsprövning ävensom för sjuk-
gymnastik eller eljest behandling med
bad, massage, elektricitet, hetluft *eller*
arbetsterapi eller annan därmed jämför-
lig behandling eller för konvalescent-
vård. I sådant fall skall den obligato-
riska sjukvårdsförsäkringen i kassan
omfatta även förmån, som avses med
beslutet.

21 §

Sjukpenningförsäkrad medlem — — — — — hel sjukpenning.
Förorsakar sjukdom — — — — — sjukpenning utgivas.

21 §

¹ Senaste lydelse av 11 § se SFS 1956:74, av 18 och 21 §§ se SFS 1953:569 samt av 23 § se SFS 1954:267.

*Nuvarande lydelse**Föreslagen lydelse*

Såsom sjukdom — — — — — sjukdomens upphörande.
 Vid bedömande — — — — — vara arbetsoförmögen.

Under tid, då den försäkrade undergår arbetsvård i form av arbetsträning, skall han av denna anledning anses vara arbetsoförmögen, dock under högst sex månader.

Sjukkassa må — — — — — av läkare.

23 §

23 §

Sjukpenning utgår — — — — — då försäkrad

a) fullgör tjänstgöring såsom värnpliktig;

a) *undergår arbetsvård i form av arbetsprövning eller yrkesutbildning;*

b) är intagen i barnhem eller skola tillhörande barna- och ungdomsvården;

b) fullgör tjänstgöring såsom värnpliktig;

c) är häktad eller intagen i fångvårds- eller tvångsarbetsanstalt;

c) är intagen i barnhem eller skola tillhörande barna- och ungdomsvården;

d) vårdas å allmän alkoholistanstalt;

d) är häktad eller intagen i fångvårds- eller tvångsarbetsanstalt;

e) i annat fall än ovan sagts av annan orsak än sjukdom tagits i förvar på det allmännas bekostnad.

e) vårdas å allmän alkoholistanstalt;

f) i annat fall än ovan sagts av annan orsak än sjukdom tagits i förvar på det allmännas bekostnad.

Försäkrad, som — — — — — nyssnämnda lag.

Denna lag träder i kraft den

Förslag till Lag angående ändring i lagen den 14 maj 1954 om yrkesskadeförsäkring (nr 243)

Härigenom förordnas, att 10 och 12 §§ lagen den 14 maj 1954 om yrkesskadeförsäkring skola erhålla ändrad lydelse på sätt nedan angives.

*Nuvarande lydelse**Föreslagen lydelse*

10 §

10 §

Vid bedömande — — — — — jämväl härtill.
 Drabbas försäkrad — — — — — senare skadan.

Därest den skadade undergår yrkesutbildning, som huvudsakligen syftar till och är ägnad att väsentligt minska skadans inverkan på hans förmåga att

Därest den skadade undergår yrkesutbildning eller arbetsvård i form av arbetsprövning eller arbetsträning, vilken åtgärd huvudsakligen syftar till

Nuvarande lydelse

framdeles bereda sig arbetsinkomst, skall vid bedömande av arbetsförmågans nedsättning under *utbildningstiden* beaktas i vad mån *utbildningen* medför hinder för honom att utföra förvärvsarbete. Vid bedömande av arbetsförmågans nedsättning efter *utbildningstidens slut* må, om *utbildningen* kan antagas hava varaktigt minskat skadans inverkan på arbetsförmågan, skälig hänsyn tagas härtill.

12 §

Föranleder yrkesskada efter samordningstidens utgång behov av läkar-, tandläkar- eller sjukhusvård eller av läkemedel, skola erforderliga kostnader härför ävensom nödiga utgifter för resor ersättas av försäkringsinrättningen. Med läkarvård likställes sjukgymnastik eller eljest behandling med bad, massage, elektricitet eller hetluft eller annan därmed jämförlig behandling, som meddelas efter läkares föreskrift. Kan läkarvård ej anskaffas utan oskälig omgång eller kostnad, må ersättning i stället lämnas för annan lämplig vård.

Ersättning skall — — — — — av Konungen.

Föreslagen lydelse

och är ägnad att väsentligt minska skadans inverkan på hans förmåga att framdeles bereda sig arbetsinkomst, skall vid bedömande av arbetsförmågans nedsättning under *tiden för sådan åtgärd* beaktas i vad mån *åtgärden* medför hinder för honom att utföra förvärvsarbete. Vid bedömande av arbetsförmågans nedsättning efter *åtgärden* må, om *åtgärden* kan antagas hava varaktigt minskat skadans inverkan på arbetsförmågan, skälig hänsyn tagas härtill.

12 §

Föranleder yrkesskada efter samordningstidens utgång behov av läkar-, tandläkar- eller sjukhusvård eller av läkemedel, skola erforderliga kostnader härför ävensom nödiga utgifter för resor ersättas av försäkringsinrättningen. Med läkarvård likställes sjukgymnastik eller eljest behandling med bad, massage, elektricitet eller hetluft eller annan därmed jämförlig behandling, som meddelas efter läkares föreskrift, *ävensom sådan funktionsprövning och arbetsterapi, som genomföres efter föreskrift av läkare tjänstgörande vid institution, vilken godkänts av medicinalstyrelsen för bedrivande av dylik verksamhet.* Kan läkarvård ej anskaffas utan oskälig omgång eller kostnad, må ersättning i stället lämnas för annan lämplig vård.

Denna lag träder i kraft den

Förslag till Förordning om ändrad lydelse av 6 § 1 mom och 8 § militärersättningsförordningen den 2 juni 1950 (nr 261)

Härigenom förordnas, att 6 § 1 mom och 8 § militärersättningsförordningen den 2 juni 1950¹ skola erhålla ändrad lydelse på sätt nedan angives.

Nuvarande lydelse

6 §

1 mom. Föranleder skada till följd av olycksfall, som ovan avses, behov av läkar-, tandläkar- eller sjukhusvård eller av läkemedel, skola erforderliga kostnader härför ävensom nödiga utgifter för resor ersättas. Med läkarvård likställes sjukgymnastik eller eljest behandling med bad, massage, elektricitet eller hetluft eller annan därmed jämförlig behandling, som meddelas efter läkares föreskrift. Kan läkarvård ej anskaffas utan oskäligen omgång eller kostnad, må ersättning i stället lämnas för annan lämplig vård.

Föreslagen lydelse

6 §

1 mom. Föranleder skada till följd av olycksfall, som ovan avses, behov av läkar-, tandläkar- eller sjukhusvård eller av läkemedel, skola erforderliga kostnader härför ävensom nödiga utgifter för resor ersättas. Med läkarvård likställes sjukgymnastik eller eljest behandling med bad, massage, elektricitet eller hetluft eller annan därmed jämförlig behandling, som meddelas efter läkares föreskrift, *ävensom sådan funktionsprovning och arbetsterapi, som genomföres efter föreskrift av läkare tjänstgörande vid institution, vilken godkänts av medicinalstyrelsen för bedrivande av dylik verksamhet.* Kan läkarvård ej anskaffas utan oskäligen omgång eller kostnad, må ersättning i stället lämnas för annan lämplig vård.

Ersättning skall ————— av Konungen.
Tillika gäldas ————— skall utgå.
Ersättning enligt ————— statens bekostnad.

8 §

Vid bedömande ————— jämväl därtill.
Om någon ————— av detta.

8 §

Därest den skadade undergår yrkesutbildning, som huvudsakligen syftar till och är ägnad att väsentligt minska skadans inverkan på hans förmåga att framdeles bereda sig arbetsinkomst, skall vid bedömande av arbetsförmågans nedsättning under *utbildningstiden* beaktas i vad mån *utbildningen* medför hinder för honom att utföra förvärvsarbete. Vid bedömande av ar-

Därest den skadade undergår yrkesutbildning eller arbetsvård i form av *arbetsprovning eller arbetsträning, vilken åtgärd* huvudsakligen syftar till och är ägnad att väsentligt minska skadans inverkan på hans förmåga att framdeles bereda sig arbetsinkomst, skall vid bedömande av arbetsförmågans nedsättning under *tiden för sådan åtgärd* beaktas i vad mån *åtgärden* med-

¹ Senaste lydelse beträffande 6 § 1 mom och 8 §, se SFS 1954:460.

Nuvarande lydelse

betsförmågans nedsättning efter *utbildningstidens upphörande* må, om *utbildningen* kan antagas hava varaktigt minskat skadans inverkan på arbetsförmågan, skälig hänsyn tagas därtill.

Föreslagen lydelse

för hinder för honom att utföra förvärvsarbete. Vid bedömande av arbetsförmågans nedsättning efter *åtgärden* må, om *åtgärden* kan antagas hava varaktigt minskat skadans inverkan på arbetsförmågan, skälig hänsyn tagas därtill.

Denna lag träder i kraft den

1956 års försöksverksamhet för samordning av sjukförsäkring och arbetsvård

Redogörelse av
biträdande sekreteraren i utredningen E Hellström

Syftet

Som ett led i sitt arbete beslöt utredningen om socialförsäkring och arbetsanpassning hösten 1955 att igångsätta viss försöksverksamhet avseende en samordning av sjukförsäkring och arbetsvård.

Syftet med försöksverksamheten har främst varit att få belyst

- 1) vad som genom ett organisatoriskt samarbete mellan sjukkassorna och arbetsvårdsorganen kan uppnås till fördel för en tidigare kontakt med arbetsvårdsfall,
- 2) efter vilken sjukhjälpstid man genom sjukkassorna bör aktualisera en prövning av arbetsvårdsbehovet,
- 3) hur samarbetet lämpligast bör organiseras samt
- 4) vilka konsekvenser i personalavseende ett samarbete mellan sjukkassorna och arbetsvårdsorganen för med sig.

Omfattningen

Försöksverksamheten har berört *stadscentralsjukkassorna* i Stockholm och Eskilstuna samt *centralsjukkassorna* i Jönköpings län, Gotlands län och Norrbottens län. I Jönköpings län har dock endast 27 av länets 32 lokalsjuk-kassor och i Norrbottens län endast 11 av länets 22 lokalsjuk-kassor omfattats av verksamheten. Berörda sjuk-kassor och antalet medlemmar under försöks-perioden framgår av tabell I.

Tabell I. Antalet av försöksverksamheten berörda sjuk-kassor.

Sjuk-kassa	Antal be-rörda lokal-sjuk-kassor	Antal med-lemmar
Stockholms stads centralsjuk-kassa	—	600 553
Eskilstuna stads centralsjuk-kassa	—	42 192
Jönköpings läns centralsjuk-kassa	27	188 799
Gotlands läns centralsjuk-kassa	5	41 198
Norrbottens läns centralsjuk-kassa	11	75 354

Försöksperioden

Den försöksperiod, som redogörelsen omspänner, har i stort sett omfattat kalenderåret 1956. Verksamheten igång-sattes inte samtidigt överallt vid årets början. Sålunda ingick i försöksverk-samheten i Norrbottens län under årets tre första kvartal endast sju lokalsjuk-kassor med 38 990 medlemmar för att fr o m det fjärde kvartalets ingång ut-vidgas till att omfatta ytterligare fyra lokalsjuk-kassor med 36 364 medlemmar. I Gotlands län påbörjades försöksverk-samheten redan den 15 november 1955, medan den i Jönköpings län kom i gång först den 11 januari 1956 och då endast i en lokalsjuk-kassa för att sedan fram till den 4 juli 1956 successivt utvidgas till 27 lokalsjuk-kassor.

Uppläggnings

Verksamheten har varit upplagd så, att berörda sjukkassor haft att till ett samarbetslag — ett för varje försöksområde — inrapportera presumtiva arbetsvårdsfall bland sina sjukskrivna medlemmar. Samarbetslagets uppgift har därefter varit att ta ställning till frågan om behovet av särskilda åtgärder i det enskilda fallet. I laget har ingått tjänstemän och läkare från såväl sjukförsäkringen som arbetsvården. Antalet sammanträden, som samarbetslagen hållit under försöksåret, har uppgått till

i Stockholm	11
» Eskilstuna	18
» Jönköpings län	21
» Gotlands län	14
» Norrbottens län	7

Hänvisningsförfarandet

För hänvisningen av ärenden till samarbetslaget har tillämpats något olika regler på olika håll och i viss omfattning även inom ett och samma sjukkas-seområde. För dessa regler redogöres i det följande.

Stadscentralsjukassorna

I *Stockholm* har varierande uttag-ningsprinciper prövats under inte mindre än fem skilda perioder. Sålunda har för hänvisning till samarbetslaget uttagits under

första periodens början alla minst 90 dagar sjukskrivna, födda varje den 17 eller 18 år 1920 och följande år, senare under perioden alla 50—80 dagar och åter längre fram alla 40—100 dagar sjukskrivna, födda 1920 eller senare;

andra perioden alla 90—120 dagar sjukskrivna, födda 1920—1940;

tredje perioden alla 90—120 dagar sjukskrivna, födda 1911—1920;

fjärde perioden alla 90—100 dagar sjukskrivna, födda 1911—1920;

femte perioden alla 90—120 dagar sjukskrivna, födda 1920—1940 (dvs en återgång till de regler, som gällde under andra perioden).

Praktiskt har uttagningen tillgått så, att sjukkassan från sina handlingar be-träffande berörda medlemmar till en särskild blankett överfört namn-, fö-delse- och adressuppgifter, sjukdia-gnos, sjukhjälpstid, behandlingsläkarens namn samt uppgifter om yrke, arbetsgi-vare och tidigare sjukskrivningsperio-der. Denna blankett har därefter över-lämnats till arbetsvårdsorganet för kom-plettering med socialregisterrapporter och yrkesuppgifter ur eventuella ar-betsförmedlingshandlingar i ärendet. På grund av uppgifternas ofullständig-het har i många fall kompletterande ut-redningar därefter fått företagas genom sjukkassans sjukkontrollanter, innan materialet ansetts tillräckligt uttömman-de för samarbetslagets bedömning.

Sammanlagt har efter nämnda rikt-linjer och på angivet sätt 1 470 fall eller 0,24 % av sjukkassans samtliga med-lemmar uttagits under försöksåret, var-av dock nära hälften eller 701 efter sär-skilda principer avskilts som kontroll-fall. Endast 769 fall har sålunda hänvi-sats till samarbetslaget. Kontrollmateria-let har tillkommit på så sätt, att endast personer med födelsetal, där års- och månadssiffrorna båda varit udda eller jämna tal, medtagits för bearbetning, t ex 21 01 04 eller 22 02 05 men däremot ej 23 02 02. Denna princip har följts hela tiden.

I *Eskilstuna* har uttagits sådana fall, där en prövning av arbetsvårdsbehovet bedömts aktuell. Dock har endast med-lemmar med en sjukhjälpstid översti-gande 3 månader beaktats. Undantagna har i princip även varit personer över 55 år liksom hemmafruar, företagare och sådana anställda, som bedömts äga möjlighet återgå till tidigare sysselsätt-

ning, samt dessutom klart arbetsoförmögna personer.

Sammanlagt har 119 eller 0,28 % av sjukkassans totala antal medlemmar hänvisats till samarbetslaget. Hänvisningen har verkställt av sjukkassans kontrollant i samverkan med arbetsvårdsassistenten.

Centralsjukkassorna

I fråga om centralsjukkassorna har urvalet verkställt av lokalsjukkassorna.

I *Jönköpings län* har lokalsjukkassorna sålunda haft att inrapportera medlemmar med en sjukhjälpstid överstigande 6 månader. Rapporteringen har dock begränsats till förvärvsarbetande personer under 55 år. Vidare har rapporteringen med undantag av en kassa gällt endast sådana fall, som under försökstiden uppnått den stipulerade sjukhjälpstiden. Antalet ärenden, som enligt dessa regler hänvisats till samarbetslaget, har uppgått till 377 eller 0,20 % av medlemmarna i berörda kassor. Förklaringen till det jämförelsevis låga antalet remisser torde få sökas dels i den omständigheten, att i stort sett ej några vid försöksperiodens början kvalificerade rapporteringsfall medtagits, dels i att vissa kassor omfattats av verksamheten endast en del av försöksperioden.

I *Gotlands län* ålades lokalsjukkassorna vid försöksperiodens början att till centralsjukkassans konsulent rapportera alla de fall, där någon form av arbetsvård kunde tänkas böra ifrågakomma i syfte att förhindra återkommande sjukskrivning eller förkorta pågående sjukdomsperiod. Under försökstidens senare del har samtliga medlemmar med en sjukhjälpstid överstigande 3 månader rapporterats till konsulenten. Denne har sedan haft att avgöra vilka ärenden, som borde underställas samarbetslaget. Antalet av konsulenten vidarebefordrade ärenden har uppgått till

156; i förhållande till medlemsantalet i berörda kassor utgör nämnda antal 0,38 %.

Vad slutligen beträffar *Norrbottens län* har lokalsjukkassorna haft att rapportera alla medlemmar under 60 år med en sjukhjälpstid överstigande 6 månader, dock ej husmödrar. Till samarbetslaget har hänvisats 268 personer eller 0,36 % av totala antalet medlemmar i berörda kassor.

Samarbetslagens bedömning

Sammanlagda antalet fall, som prövats av samarbetslagen, har uppgått till 1 689. Av dessa har 176 bedömts vara för framtiden eller under längre tid helt arbetsoförmögna, 513 har ansetts kunna återgå i arbete utan föregående arbetsvård, medan 47 vid försöksårets slut ännu var föremål för behandling. Återstående 953, eller 56 % av samtliga bedömda fall, har remitterats till arbetsvårdsorganen för utredning angående deras framtida arbets- och inkomstförhållanden samt behov av arbetsvård.

Bedömningen framgår närmare av tabell II.

I *Jönköpings län* har man speciellt uppmärksammat behovet av eventuella medicinska åtgärder och under försöksåret i 59 fall förordat kompletterande medicinsk undersökning, huvudsakligen i kontrollsyfte. Resultatet härav redovisas närmare i tabell III.

I inte mindre än 27 av 59 fall har, som framgår av tabellen, samarbetslagets rekommendation om kompletterande medicinsk undersökning lett till att sjukpenningutbetalningen från sjukkassan kunnat upphöra, varav i 15 fall utan att ifrågasatt undersökning överhuvud kommit till stånd. Orsaken härtill har i 12 fall varit, att medlemmen friskskrivits av behandlingsläkaren eller själv ej ansett sig i behov av fortsatt sjukskriv-

Tabell II. Samarbetslagens bedömning av arbetsvårdsbehovet.

Sjuk-kassa	Inrapporterade fall	Avförda som inaktuella		Alltjämt föremål för lagets behandling	Övriga till arbetsvårdsorganet remitterade
		Bedömda som arbetsoför-mögna	Ansetts kunna återgå i arbete utan särsk. åtgärder		
Stockholms stads centralsjuk-kassa ...	769	6	239	11	513
Eskilstuna stads centralsjuk-kassa ...	119	17	36	20	46
Jönköpings läns centralsjuk-kassa ...	377	77	188	5	107
Gotlands läns centralsjuk-kassa ...	156	37	25	5	89
Norrbottnens läns centralsjuk-kassa ...	268	39	25	6	198
Summa	1 689	176	513	47	953

ning och i återstående 3 fall att vederbörande motsatt sig föreslagen undersökning, vilket förhållande föranlett sjuk-kassan att vägra ytterligare sjukpenningersättning. Samtliga nämnda 15 liksom övriga 12 medlemmar med undantag av en, som kort tid efter friskskrivningen insjuknat på nytt, har i samband med att utbetalningen från sjuk-kassan upphört återgått till tidigare eller annat arbete.

I 30 fall har den särskilda medicinska undersökningen resulterat i fortsatt sjukskrivning, varav i 12 fall förordats sjukhusvård, i 7 fall arbetsterapi eller planering av arbetsvårdsåtgärder, medan redan vidtagna åtgärder i 11 fall ansetts tillfredsställande. Med undantag av en medlem, som ej inställt sig, har samtliga 12, vilka bedömts i behov av sjukhusvård, beretts dylik. Efter kortare eller längre tids vård och behandling har 5 sedermera utskrivits och småningom återgått i arbete, medan 4 vid utskrivningen bedömts vara för framtiden

eller under längre tid arbetsoför-mögna; 2 medlemmar vårdas fortfarande i september 1957 på sjukhus.

Av de 7, för vilka åtgärder i form av arbetsterapi eller planering av arbetsvård ansetts bära ifrågakomma, har 3 utan särskilda åtgärder senare återgått i arbete, därav 2 i halvtidsarbete. Genom arbetsvårdsorganets medverkan har ytterligare 2 beretts sysselsättning. Beträffande återstående 2 var den ene i september 1957 fortfarande sjukskriven med ersättning från sjuk-kassan, medan den andre beviljats invalidpension av pensionsstyrelsen.

Av de 11 slutligen, för vilka redan vidtagna åtgärder av remissinstansen ansetts tillfredsställande, har 4 sedermera återgått i arbete, ytterligare 2 friskskrivits men inte återvänt till förvärvsarbete, 3 sökt och beviljats invalidpension av pensionsstyrelsen, medan 2 ännu i september 1957 fortfarande var sjukskrivna med ersättning från sjuk-kassan.

Tabell III. Resultat av förslag om kompletterande medicinska åtgärder för 59 personer sjukskrivna minst 6 månader.

Remitterade till	Totala antalet	Resultat						Avlidna	
		Sjukpenning upphört			Fortsatt sjukpenning				
		Friskskri-ven efter kompletterande medicinsk undersökning	Sjukskrivn. upphört u. kompl. medicinsk undersökning	Vägrat att undergå kompl. medicinsk undersökning	Sjukhusvård	Arbets-terapi, plane-ring av arbetsvård etc.	Redan vidtagna åtgärder befunna tillfreds-ställande		
Med. las.-avd.	27	5	8	1	5	3	4	1	
Kir. »	4	1	—	1	1	—	—	1	
Ort. »	7	4	2	—	—	—	1	—	
Mentalsjukhus ...	9	—	2	1	6	—	—	—	
Epidemisjukhus ...	1	—	—	—	—	1	—	—	
Sjukassans förtro- endeläkare	11	2	—	—	—	3	6	—	
Summa	59	12			3	12		11	2
		27				30			

Att den medicinska kontrollåtgärden lett till att sjukpenningutbetalningen omedelbart eller nära nog omedelbart kunnat upphöra i 27 av 59 fall samt att åtgärden därutöver kan antagas ha medverkat till att sjukskrivningstiden förkortats i ytterligare ett antal fall måste inte endast från sjukassans synpunkt framstå som ett högst positivt resultat och understryker starkt betydelsen av en medicinsk efterkontroll särskilt av långtidsfallen.

Arbetsvårdsorganens bedömning av arbetsvårdsbehovet

Verkställd arbetsvårdsutredning beträffande de från *samarbetslagen* remitterade 953 fallen har givit till resultat, att ytterligare 102 ansetts vara för framtiden eller under längre tid arbetsoförmögna samt att vidare 344 bedömts kunna återgå i arbete utan särskilda stödåtgärder. För återstående 507 har arbetsvårdsåtgärder ansetts aktuella. Av sistnämnda antal har endast 116 eller

22,9 % varit kända och redan inskrivna som sökande hos arbetsvårdsorganen.

Relativt sett har jönköpingsområdet redovisat högsta antalet för arbetsvårdsorganet helt nya fall med 94 %, följt av Stockholm med 84 %, Norrbottens län med 75 %, Eskilstuna med 53 % och Gotlands län slutligen med 47 %. De jämförelsevis låga procenttalen i de två sistnämnda försöksområdena torde främst sammanhånga med att kännedomen om arbetsvårdens hjälp-möjligheter vunnit större utbredning på dessa mindre platser än inom övriga större försöksområden och att de hjälpbehövande som en följd härav kunnat få kontakt med arbetsvården utan sjukassan som mellanhand. Vad gäller Eskilstuna kan den omständigheten, att sjukhjälp där kunnat utgå under obegränsad tid, också tänkas ha bidragit till resultatet. Flertalet av de långtids-sjuka kan nämligen antagas ha varit kända av arbetsvårdsorganet.

Arbetsvårdsorganens bedömning redovisas i tabell IV.

Tabell IV. Arbetsvårdsorganens bedömning av arbetsvårdsbehovet hos sjukskrivna personer inremitterade från samarbetslagen.

Arbetsvårdsorgan	Hela antalet inrem. fall	Avförda som inaktuella		Aktuella för arbetsvårdsåtgärder	
		Bedömts som arbetsför-mögna	Bedömts kunna återgå i arbete u. särsk. åtgärder	Hela antalet	Därav helt nya arbetsvårdsfall
Stockholm	513	52	271	190	160
Eskestuna	46	5	5	36	19
Jönköping	107	5	25	77	72
Visby	89	13	29	47	22
Luleå	198	27	14	157	118
Summa	953	102	344	507	391

Fördelning efter kön, ålder och arbetshinder

Av de 507 personer, som av arbetsvårdsorganen ansetts aktuella för arbetsvårdsåtgärder, är 410 (80,9 %) män och 97 (19,1 %) kvinnor. Vid en fördelning efter ålder finner man, att 3,2 % hänför sig till åldrarna 15—19 år, 26,2 % till 20—29 år, 32,2 % till 30—39 år, 24,4 % till 40—49 år, 12,6 % till 50—59 år samt 1,4 % till 60 år och däröver. Åldersfördelningen liksom det ringa antalet kvinnor får ses mot bakgrunden av de tillämpade urvalsprinciperna.

En fördelning efter väsentligaste arbetshinder ger följande resultat:

	Antal personer	%
rörelsehindrade	159	32
hörselskadade	1	—
syndefekta	5	1
lungtuberkulösa	91	18
psykiskt sjuka eller defekta	82	16
andra sjuka	167	33
alkoholmissbrukare	2	—
Summa	507	100

I stort sett överensstämmer denna fördelning med den, som framkommer i arbetsvårdsstatistiken.

Av arbetsvårdsorganen vidtagna åtgärder

Det har syntts vara av intresse att undersöka vilka arbetsvårdsåtgärder, som varit erforderliga och kunnat vidtagas under den aktuella försöksperioden. Berörda arbetsvårdsorgan har därför fått avge en särskild redovisning i detta avseende. Av denna framgår, att förberedande åtgärder (arbetsträning, arbetsprövning, yrkesutbildning etc) vid försöksårets slut vidtagits i 124 fall, arbetsanskaffning i 158, medan näringshjälp förmedlats i 9 fall. Särskilt beträffande sådana personer, vilka inremitterats under årets senare del, har arbetsvårdsåtgärder inte alltid medhunnits under försöksåret 1956. Arbetsvårdsorganen har därför i efterhand fått redovisa de åtgärder, som för ifrågavarande klientel vidtagits under första halvåret 1957. Beaktas också denna redovisning, erhålles för nyssnämnda grupper av åtgärder siffrorna 175, 225 och 11. Åtgärder vidtagna t o m försöksårets slut framgår närmare av tabell V, medan tabell VI utvisar de åtgärder, som vidtagits t o m den 30 juni 1957.

Tabell V. Av arbetsvårdsorganen vidtagna åtgärder under försöksåret 1956.

Arbetsvårdsorgan	Totala antalet arbetsvårdsbehövande		Förberedande åtgärder										Arbetsanskaffning									
	M	Kv	Ytterligare läkarundersökningar		Psyko-tekn. anlagsprov		Arbetsprov. o. arbetsutbildning		Tekniska hjälpmedel, transportmedel etc.		Starthjälp o. annan jämförbar ekonomisk hjälp		I öppna marknaden		I skyddad sysselsättning		Beredskapsarb., arkivarb., musikerhjälp		Näringshjälp			
			M	Kv	M	Kv	M	Kv	M	Kv	M	Kv	M	Kv	M	Kv	M	Kv	M	Kv	M	Kv
Stockholm	133	57	2	—	2	2	14	1	—	—	—	2	—	—	34	12	—	—	—	—	—	—
Eskilstuna	33	3	6	—	—	—	12	—	—	—	—	—	—	—	14	3	—	—	—	—	—	—
Jönköping	61	16	10	1	1	—	13	—	—	—	—	—	—	—	14	8	—	—	—	—	—	—
Visby	42	5	8	—	1	—	13	1	1	—	—	4	—	—	21	4	—	—	—	—	—	—
Luleå	141	16	—	—	3	—	14	—	1	—	—	7	1	—	34	2	—	—	—	—	—	—
Summa	410	97	26	1	7	2	36	2	2	—	4	13	1	117	29	9	—	—	—	3	—	—
Hela antalet	507		27		9		38		2		34	14		146		9				3		9

1 Därav 1 arbetsprovning

Tabell VI. Av arbetsvårdsorganen vidtagna åtgärder under tiden 1/1 1956—30/6 1957.

Arbetsvårdsorgan	Totala antalet arbetsvårdsbehövande		Förberedande åtgärder						Arbetsanskaffning						Näringshjälp				
	M	Kv	Ytterligare lärokarundersökningar	Psyko-tekn. anlagsprov		Arbetsprövn. o. arbets-träning		Yrkesutbildning		Tekniska hjälpmedel, transportmedel etc.		Starthjälp o. annan jämförbar ekonomisk hjälp		I öppna marknadens		I skyddad sysselsättning		Beredskapsarb., arkivarb., musikerhjälp	
				M	Kv	M	Kv	M	Kv	M	Kv	M	Kv	M	Kv	M	Kv	M	Kv
Stockholm	133	57	5	3	5	2	7	2	1	2	47	13	10	1	—	—	—	—	—
Eskilstuna	33	3	6	—	—	—	—	—	—	—	14	3	—	—	—	—	—	—	5
Jönköping	61	16	11	1	—	—	9	1	—	—	20	10	2	—	—	—	—	—	3
Visby	42	5	8	1	—	2	9	—	1	4	25	5	—	—	—	—	—	—	2
Luleå	141	16	—	5	—	1	26	3	1	10	58	8	4	—	—	—	—	—	1
Summa	410	97	30	10	5	5	51	6	2	16	164	39	16	1	5	—	—	—	11
Hela antalet	507		31	15	52	57	57	3	17	203	17	5	11	—	—	—	—	—	—

1 2 fall arbetsprövning

2 1 »

»

Tabell VII. Översikt rörande från samarbetslagen till arbetsvården remitterade ärenden under handläggning vid försöksårets slut.

Arbetsvårdsorgan	Sökande aktuella för						Sökande i behov av						Övriga sökande						Summa ärenden under handläggning	
	arbetsplacering i öppna marknaderna		endast hemarbete		endast halver eller skyddad sysselsättning		näringshjälp		arbetsprövning eller arbetsutbildning		yrkesutbildning		genomgått arbetsprövning eller arbetsutbildning		i yrkesutbildning		under utredning		M	Kv
	M	Kv	M	Kv	M	Kv	M	Kv	M	Kv	M	Kv	M	Kv	M	Kv	M	Kv		
Stockholm	10	5	—	—	1	—	1	—	14	2	3	2	1	1	—	—	68	29	91	41
Eskilstuna	6	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	2	—	—	—	—	5	—	15	—
Jönköping	9	4	2	—	6	—	1	—	1	—	5	—	—	—	—	—	16	4	47	9
Visby	8	4	—	—	2	—	1	—	4	—	—	3	—	—	—	—	8	—	30	4
Luleå	13	—	—	—	—	—	—	18	—	—	10	6	—	—	—	—	61	11	109	13
Summa	46	13	3	—	8	1	4	—	17	2	20	4	13	1	23	2	158	44	292	67
Hela antalet	59		3		9		4		19		24		14		25		202		359	

1 Därav 1 arbetsprövning

Tabell VIII. Översikt rörande från samarbetslagen till arbetsvården remitterade ärenden under handläggning den 30/6 1957.

Arbetsvårdsorgan	Sökande aktuella för						Sökande i behov av						Övriga sökande						Summa ärenden under handläggning	
	arbetsplacering i öppna marknaderna		endast hemarbete		endast halv- eller hel-skyddad sysselsättning		näringshjälp		arbetsprövning eller arbetsutbildningsträning		yrkesutbildning		genomgått arbetsprövning eller arbetsutbildningsträning		i yrkesutbildning		under utredning		M	Kv
	M	Kv	M	Kv	M	Kv	M	Kv	M	Kv	M	Kv	M	Kv	M	Kv	M	Kv	M	Kv
Stockholm	1	2	—	—	—	1	—	4	1	3	1	3	1	5	1	44	27	61	34	
Eskilstuna	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—	9	—	
Jönköping	7	5	2	1	6	—	—	—	—	—	—	—	—	7	1	7	1	30	8	
Visby	3	—	—	—	2	—	1	1	—	—	—	—	—	5	2	2	—	21	1	
Luleå	7	—	—	—	—	—	—	5	—	3	—	3	—	5	—	33	4	56	5	
Summa	22	7	2	1	8	1	2	10	1	6	2	14	2	22	2	91	32	177	48	
Hela antalet	29	—	3	—	9	—	2	11	—	8	—	16	—	24	—	123	—	225	—	

Ärenden under arbetsvårdsorganens handläggning vid försöksårets slut

Från arbetsvårdsorganen har även införskaffats uppgifter beträffande från samarbetslaget remitterade och för arbetsvårdsåtgärder aktuella ärenden, vilka vid försöksårets slut var under handläggning. Enligt de lämnade uppgifterna — som mera i detalj redovisas i tabell VII — var vid årets slut 359 personer fortfarande aktuella för åtgärder, av vilka 75 för arbetsplacering eller näringshjälp, 19 arbetsprovning eller -träning och 24 yrkesutbildning. Av övriga var 39 föremål för arbetsprovning, arbetsträning eller yrkesutbildning och 202 för utredning.

Den 30 juni 1957 hade antalet ärenden under handläggning minskat till 225 av de ursprungligen 507. Vid tidpunkten genomgick emellertid 40 personer arbetsprovning, -träning eller yrkesutbildning, varför arbetsvårdsfrågan fortfarande stod helt öppen endast beträffande 185 fall. En översikt lämnas i tabell VIII.

Sammanfattande synpunkter och slutsatser

Med avseende på de uppställda, inledningsvis redovisade frågeställningarna synes vissa slutsatser kunna dragas av erfarenheterna och resultaten av försöksverksamheten. På grund av bl a försökens begränsade omfattning måste dessa dock på flera punkter bli mindre säkra.

Genom försöksverksamheten, som sålunda berört vissa kategorier sjukskrivna inom fem sjukasseområden, har påträffats 507 personer, som för sin inpassning i arbete efter sjukdom visat sig vara i behov av arbetsvård. Av dessa har inte mindre än 391 eller 77,1 % varit helt okända för arbetsvårdsorganen.

Inom ett försöksområde — Stockholm

— har emellertid halva antalet av alla för samarbetslagets provning kvalificerade kassamedlemmar avskilts såsom kontrollfall. Förutsättes en lika hög frekvens av arbetsvårdsbehövande bland kontrollfallen som bland det beaktade materialet, skulle — därest hela materialet beaktades — antalet arbetsvårdsfall i Stockholm uppgå till 190 fler än som redovisats, vilket i sin tur skulle medföra en höjning av det totala antalet påträffade fall från 507 till 697. Bl a på grund av de varierande urvalsprinciper, som kommit till användning, har de redovisade siffrorna ej ansetts användbara som utgångspunkt för några beräkningar beträffande det antal arbetsvårdsfall, som genom ett samarbete av ifrågavarande slag årligen skulle kunna aktualiseras i landet i dess helhet. Ej heller har siffrorna från ett enstaka försöksområde ansetts tillåta några sådana beräkningar. Det faktiskt uppnådda resultatet ger ändå en uppfattning om storleksordningen av problemet och synes tillräckligt för att tillåta slutsatsen, att ett organiserat samarbete mellan sjukvårdens och arbetsvårdsorganen otvetydigt möjliggör en tidigare kontakt med arbetsvårdsbehövande än eljest.

Beträffande frågan om vid vilken tidpunkt provningen av arbetsvårdsåtgärder lämpligen bör aktualiseras genom sjukvården har försöksverksamheten inte givit något entydigt utslag. De olikheter i remitteringsfrekvensen, som kan spåras vid en jämförelse mellan å ena sidan försöksområden, där rapportering verkställdes efter en sjukhjälpstid av 3 månader, och å andra de, som praktiserat rapportering efter 6 månader, kan till väsentlig del förklaras av olikheter i uttagningsmetoder och uttagningsprinciper i övrigt. Detta konstaterande skulle i och för sig kunna tala till förmån för sistnämnda förfarande, eftersom rapportering redan efter en sjuk-

hjälpstid av 3 månader rimligen borde ha kommit till klart uttryck i form av ett större antal påträffade arbetsvårdsfall. I samma riktning pekar ett uttalande från Eskilstuna, i vilket framhålles, att endast ett fåtal fall med kortare sjukhjälpstid än 6 månader vid uttagningen ansetts aktuella för samarbetslagets prövning. Man upplyser vidare, att det från läkarhåll uppgivits, att stora svårigheter föreligger att efter så kort sjuktid som 3 månader bedöma arbetsvårdsbehovet, särskilt i fall med hjärtbesvär, blodpropp, ledsjukdomar etc. Med hänsyn till berörda omständigheter har man uttalat sig för att rapportering verkställas först efter en sjukhjälpstid av 5 à 6 månader, såvida inte i det enskilda fallet en tidigare rapportering befinnes lämplig med hänsyn till att ett klart behov av arbetsvård förefinnes.

Emellertid har även omständigheter och synpunkter framkommit, som synes peka i motsatt riktning. Detta gäller bl a erfarenheterna från Stockholm, där man redan efter en första uttagning, omfattande vissa medlemmar med en sjukhjälpstid av 90 dagar och däröver med hänsyn till den stora förekomsten av kroniskt sjuka, av arbetsvårdsorganet redan kända fall ansåg sig böra begränsa rapporteringen till att avse medlemmar med en sjukhjälpstid ej överstigande 4 månader.

Liknande skäl föranledde samarbetslaget i Gotlands län under försöksverksamhetens senare del att avfordra sjukvårdskassorna rapport efter en sjukhjälpstid av 3 månader. Tidigare hade kassorna haft att fritt bedöma tidpunkten för rapporteringen. I Jönköpings län har centralsjukkassan redovisat som sin åsikt, att en första prövning av frågan om eventuella arbetsvårdsåtgärder bör vidtagas redan i samband med att sjukhjälpstiden uppgår till 90 dagar, detta

bl a med tanke på att centralsjukkassan härigenom erhåller större möjligheter att på ett tidigt stadium granska fallen, något som klart ligger i dess intresse med hänsyn till att det ekonomiska svaret för sjukpenningförsäkringen efter denna tidpunkt helt överföres på centralsjukkassan. Därest arbetsvårdsåtgärder inte bedömes aktuella vid första prövningstillfället, bör ny prövning verkställas senast efter ytterligare 3 månader. Man har dessutom från detta håll ansett, att alla sjukpenningförsäkrade medlemmar upp till 67 år utan åtskillnad borde bli föremål för bedömning från ifrågavarande synpunkt.

Som synes, föreligger i frågan inte full samstämmighet i redovisade erfarenheter och uppfattningar. Den slutsatsen synes dock kunna dragas, att en rapportering först efter en sjukhjälpstid av 6 månader i och för sig torde vara tillfyllest med avseende på långtidssjuka, mera komplicerade fall, utan att därmed risk föreligger för att arbetsvårdsåtgärderna onödigt försenas med minskad eller utebliven effekt såsom följd. En sådan ordning skulle också för samarbetslaget kunna innebära en mindre arbetsbelastning, eftersom uppmärksamheten behövde inriktas på ett färre antal fall. Å andra sidan synes erfarenheterna ge vid handen, att man vid en tillämpning av en sådan rapporteringsbestämmelse inte erhåller önskvärd tidig kontakt med sådana hjälpbehövande, som — utan att tillhöra kategorin långtidssjuka — i arbetsvårdshänseende är jämförbara med dessa. Detta gäller bl a många sjukkasmedlemmar med ständigt återkommande sjukperioder. De yrkesskadefall, som överföres till yrkesskadeförsäkringen, skulle vidare bli obeaktade. Med hänsyn härtill synes övervägande skäl tala för en rapportering senast, då sjukhjälpstiden uppgår till 3 månader. Därmed skulle

förutsättningar förefinnas för en prövning på tidigt stadium inom samarbetslaget även av behovet av ytterligare medicinska åtgärder. Vidare skulle prövningen som regel i tiden sammanfalla med att det ekonomiska ansvaret för sjukpenningförsäkringen helt övertages av centralsjukkassan. Antalet ärenden vid en dylik rapportering kan väntas öka något, men risken av alltför stor arbetsanhopning för samarbetslagen synes inte betydande.

Vad beträffar anordningen med särskilda samarbetslag har den i stort sett visat sig ändamålsenlig. Dels har i arbetslaget en samtidig bedömning från såväl medicinsk som arbetsvårdande synpunkt kunnat komma till stånd, dels har remisserna till bl a arbetsvårdsorganet kunnat väsentligt begränsas, varigenom man kunnat besparas en hel del arbete, vilket inte skulle ha varit möjligt vid ett skriftligt remissförfarande. En viktig förutsättning för ett samarbete av ifrågavarande slag synes emellertid vara, att samarbetslaget för sin bedömning har tillgång till vissa uppgifter i varje särskilt ärende. Erfarenheterna från bl a Stockholm har visat, att sjukkassornas uppgifter ofta varit alltför otillräckliga för att möjliggöra ett ställningstagande. Kompletterande uppgifter har fått införskaffas dels från arbetsvårdsorganet, dels ock genom sjukkassornas sjukkontrollanter. Från arbetsvårdsorganet har framhållits, att sjukkassornas tjänstemän nedlagt ett betydande arbete på att skaffa fram uppgiftsmaterial och på så sätt verksamt underlättat samarbetet. Därest emellertid sjukkontrollanterna mera varaktigt skall medverka i förevarande avseende, vilket framförts som en linje värd att beakta, har man emellertid ansett det önskvärt, att dessa på lämpligt sätt närmare informeras om arbetsvårdens arbetsmetoder och resurser.

Vad slutligen gäller konsekvenserna av en samordning i personalavseende för sjukkassorna respektive arbetsvårdsorganen har den frågan tangerats i det föregående. Bl a har konstaterats, att arbetsvårdsorganet på de håll, där försöksverksamheten pågått, tillförts ett inte obetydligt antal nya arbetsvårdsfall. Det har även visat sig, att dessa organ vid ett samarbete av prövat slag får ta befattning med ett betydande antal för arbetsvård inte aktuella ärenden; dels i vissa fall på ett förberedande stadium genom att komplettera uppgiftsmaterialet, vilket kan underlätta samarbetslagets bedömning, dels för sitt eget slutliga ställningstagande till behovet av arbetsvård beträffande de fall, som remitterats från samarbetslaget. För sjukkassornas del har påpekats, att sjukkontrollanterna ofta kan behöva anlitas, när det gäller att erhålla kompletterande upplysningar för samarbetslagets prövning av aktuella ärenden. En samordning kan också förutsättas medföra merarbete för läkarinstitutionen vid såväl sjukkassorna som vid arbetsvårdsorganen.

Ett organiserat samarbete mellan sjukförsäkringen och arbetsvården efter de huvudsakliga riktlinjer, som gällt under försöksverksamheten, kan sålunda beräknas innebära en viss merbelastning för såväl arbetsvården som sjukförsäkringen. I intetdera fallet torde emellertid denna belastning behöva bli av större storleksordning. För arbetsvårdsorganen har man nämligen att räkna med att kontakt under alla förhållanden skulle ha erhållits med vissa av de genom sjukkassorna aktualiserade fallen; detta gäller särskilt de långtidssjuka. Den faktiska merarbetsbelastningen ökar sålunda inte i proportion till antalet remisser från sjukkassorna. I Norrbottens län exempelvis har sålunda direkt kunnat konstateras, att remisserna

från bl a socialvårdsbyråerna till arbetsvårdsorganet minskat i de delar av länet, där försöksverksamheten pågått.

Under alla förhållanden förutsätter dock en samordning av sjukförsäkring- och arbetsvården en förstärkning av arbetsvårdsorganisationen; detta redan av den anledningen att organisationen med hänsyn till nuvarande arbetsuppgifter bedömts otillräcklig. Detta gäller även i fråga om sjukkassorna, där bl a sjukkontrollantorganisationen torde behöva förstärkas, och i fråga om läkarinstitutionen vid såväl sjukkassorna som vid arbetsvårdsorganen.

Exempel på arbetsvårdsfall bland sjukförsäkringsklientelet

Sjukkasmedlemmen A.

33-årig ogift lastbilschaufför. Insjuknade i barnförslamning januari 1954. Vårdades å epidemisjukhus 22/1—2/4 1954. Överfördes därefter till kustsanatorium för fortsatt behandling med sjukgymnastik. Därifrån utskrivna 21/12 1954 för konvalescens i hemmet. Sedan 30/1 1954 sjukpenning från sjukkassan. Augusti 1954 tillerkänd sjukbidrag av pensionsstyrelsen med 168 kr/mån.

Efter rapport från lokalsjukkassan behandlades ärendet i samarbetslaget den 11/1 1956. Ytterligare medicinska åtgärder konstaterades för dagen inte erforderliga eller möjliga att vidtaga. Däremot ansågs A:s sysselsättningsfråga böra bli föremål för närmare utredning, varför ärendet remitterades till arbetsvårdsorganet.

Den 21/1 1956 inleddes arbetsvårdsutredningen, varvid arbetsvårdsbehovet fastställdes. På grund av sitt handikap kunde A. inte tänkas återgå i tidigare arbete. Han hade kvarstående förslamningar i benen, som omöjliggjorde detta. Klarade sig utan bandage men måste använda käppar. Övre extremiteterna

utan anmärkning. En direktplacering utan föregående yrkesutbildning ansågs över huvud taget ogenomförbar. Under yrkesvaldiskussionen framkom, att A. i första hand var intresserad av en utbildning till bilskollärare för att eventuellt så småningom kunna starta egen bilskola, i andra hand av en utbildning inom mekanikeryrket. Från olika synpunkter ansågs det senare alternativet lämpligast.

Under tiden för arbetsvårdsutredningen inlades A. ånyo på epidemisjukhuset för erhållande av sjukgymnastik och annan eftervård. Enligt läkarintyg 14/3 1956 kvarstod förslamningarna i benen ungefär oförändrade. Viss förbättring i tillståndet ansågs dock ha inträtt under de senaste två åren. Besvären var trots detta fortfarande ganska uttalade. A:s förutsättningar att utföra ett arbete gående och stående måste därför anses begränsade. Då funktionen i armarna var god, ansågs han emellertid i stånd att utföra något manuellt arbete i sittande ställning, exempelvis inom mekanikeryrket.

Arbetsvårdsorganet bedömde endast en kortare utbildning erforderlig. Med hänsyn till A:s invaliditet ansågs det dock nödvändigt, att utbildningen förlades till specialskola med internat. I samråd med vederbörande hemkommun avgavs sålunda framställning till arbetsmarknadsstyrelsen om arbetsvård för A. i form av omskolning till finmekaniker vid vanförestanstalt under en tid av 48 veckor. Framställningen bifölls, men på grund av platsbrist kunde utbildningen inte påbörjas förrän 2/5 1956. I och med att A. därvid erhöll utbildningsbidrag genom arbetsvårdsorganet, indrogs sjukbidraget från pensionsstyrelsen. Sjukpenningen från sjukkassan hade upphört att utgå den 1/2 1956, då A. varit sjukskriven 2 år.

Den 20/6 1957 avslutades yrkesutbild-

ningen med goda vitsord. Undervisningsanstalten rekommenderade, att A. borde beredas ett arbete som slipare eller svarvare eller liknande, i vilka arbetsuppgifter hans handikap ansågs göra sig minst gällande. Efter visst ackvisitionsarbete kunde arbetsvårdsorganet även anvisa A. lämpligt arbete vid en större finmekanisk industri. A. erhöll anställningen, som påbörjades den 22/7 1957. Han har sedermera anskaffats invalidbil, som underlättar förflyttningen till och från arbetet.

Vid efterkontroll i oktober 1957 uppgav arbetsgivaren, att A. placerats såsom provare-avsynare av finmekaniska detaljer. Arbetet utfördes sittande. Arbetsslönen utgick enligt lagackord med ca 4 kr/tim. A. lämnades goda vitsord. A. har vid samma tidpunkt sagt sig vara fullt tillfredsställd med vidtagna arbetsvårdsåtgärder. Till en början hade han varit tveksam angående sina möjligheter att klara av ett arbete, men denna osäkerhetskänsla ansåg han sig nu ha övervunnit.

Sjukkasmedlemmen B.

30-årig fränksild f d städerska, textilarbeterska. Sjukskrevs i juli 1955 på grund av högresidig ischias. Opererades augusti 1955 för diskbräck och erhöll ortopedisk korsett. Med anledning av kvarstående besvär ny operation den 20/3 1956, varvid bågen på femte lumbalkotan borttogs på höger sida. Efter utskrivningen från sjukhuset sjukskrevs i hemmet med fr o m den 4/7 1955 löpande sjukpenning från sjukkassan. Dessutom socialhjälp. Den 11/9 1956 nedsattes sjukpenningen från hel till halv.

Efter rapport från lokalsjukkassan behandlades ärendet i samarbetslaget den 26/9 1956. Ytterligare medicinska åtgärder ansågs för tillfället ej påkallade, däremot en närmare utredning av B:s

sysselsättningsfråga. Ärendet remitterades till arbetsvårdsorganet. Dess utredning klargjorde, att B. på grund av kvarstående ryggbesvär med trötthet och ansträngningssmärter kunde tänkas utföra endast lättare arbete, där framför allt lyft inte behövde komma i fråga och där hon kunde få stöd för armarna. Hennes arbetsplacering komplicerades vidare av att hon handhade vårdnaden av två minderåriga barn. Sedan det visat sig, att tillsynen av barnen under moderns bortovaro kunde ordnas genom svärföräldrarnas försorg, inriktades åtgärderna i första hand på att direktplacera B. i lämpligt arbete. Dessa resulterade den 29/11 1956 i en anställning som vikerska på en skofabrik. B. var då friskskriven sedan 12/11 1956. Då B. saknade varje form av utbildning i yrket, kunde arbetslönen till en början inte bli särdeles hög, och med hänsyn härtill beviljades hon i december 1956 bidrag från arbetsmarknadsstyrelsen till viss utrustning av arbetskläder.

Vid efterkontroll i oktober 1957 framgick, att arbetsgivaren var nöjd med B:s arbetsprestation, som låg i nivå med vad övriga anställda uppnådde. Lönen uppgavs uppgå till mellan 160—170 kr/v. Arbetsgivaren ansåg, att B:s ryggskada inte utgjorde något hinder i hennes nuvarande arbete. B. har för egen del framhållit, att hon genom de vidtagna arbetsvårdsåtgärderna inte endast blivit i stånd att försörja sig och sina barn utan därutöver återfått sitt självförtroende, varjämte hennes isolering brutits. Sedan januari 1957 har hon inte behövt begära socialhjälp.

Sjukkasmedlemmen C.

46-årig murare och skogsarbetare. Gift, 3 minderåriga barn. Sjukskrevs 12/3 1956 på grund av hjärtbesvär (Vitium org. cordis insuff. cordis). Ordinerad vila. Hel sjukpenning från sjuk-

kassan. 6/4 1956 inlagd å sjukhus (med. avd.) men lämnade sjukhuset redan den 9/4 s. å. under uppgivande av att han ej stod ut med sjukhusmiljön.

Den 25/4 1956 behandlades ärendet av samarbetslaget. Med hänsyn till C:s ofta återkommande sjukskrivningar hade lokalsjukkassan ansett en prövning av arbetsvårdsfrågan befogad redan på detta tidiga stadium. Samarbetslaget beslöt om utredning genom arbetsvårdsorganets försorg. Vid denna framkom bl a, att C. varit sjuklig alltsedan 1925, då han behandlats för ledgångsreumatism. År 1940 tillerkändes han invalidpension, som han utan avbrott uppbar till 1950. Från denna tid hade C. haft endast tillfälliga anställningar, och under mellantiderna åtnjöt han tidvis socialhjälp. Med hänsyn till C:s hälsotillstånd i förening med en förhållandevis hög ålder bedömdes möjligheterna till en arbetsplacering i öppna marknaden som närmast utsiktslösa. Sedan C. uttryckt intresse för korvförsäljning, upptogs förhandlingar med kommunen. Dessa förhandlingar ledde så småningom till att C. i oktober 1956 med bidrag från pensionsstyrelsen, landstinget och kommunen kunde igångsätta en korvförsäljningsrörelse i hemorten. Den 26/10 1956 friskskrevs C., varav följde att ersättningen från sjuk-kassan upphörde att utgå.

C. har emellertid senare på grund av hjärtbesvär ånyo varit sjukskriven under tiden 26/11—3/12 1956, på grund av ryggbesvär tiden 1/2—11/4 1957 samt på grund av angina tonsillaris 27/5—8/6 1957.

Vid efterkontroll i oktober 1957 framkom, att C. på grund av hjärtbesvär ånyo varit sjukskriven till 50 % under en månads tid. Korvförsäljningen hade visat sig lämna allt bättre resultat, och med hänsyn härtill hyste han goda förhoppningar om att i framtiden kunna

försörja sig av rörelsen. Till familjens försörjning behövde han fortfarande i viss utsträckning anlita socialhjälp.

Sjukkassemedlemmen D.

38-årig ogift skogs- och anläggningsarbetare, som i december 1955 skadade sig vid sprängningsolycka, varvid man fick amputera första och andra fingret samt första och andra mellanhandsbenet på höger hand. Sjukskriven med ersättning från sjuk-kassan fr o m 8/12 1955. Den 12/3 1956 överfördes ärendet som varande ett yrkesskadefall till riksförsäkringsanstalten, som tillerkände D. livränta med 260 kr/mån, beräknad efter 55 % invaliditet.

Efter rapport från lokalsjukkassan behandlades ärendet den 20/6 1956 i samarbetslaget. D. hade rekommenderats att undergå en operation syftande till att höja gripförmågan i den skadade handen men motsatt sig detta. Andra medicinska åtgärder bedömdes ej aktuella. Däremot ansågs ärendet böra bli föremål för utredning och eventuella åtgärder från arbetsvårdssynpunkt.

Arbetsvårdsorganets utredning i augusti 1956 bekräftade arbetsvårdsbehovet. På grund av att D. saknade vanlig gripförmåga i höger hand, var en återgång till tidigare arbete utesluten. Utan föregående yrkesutbildning bedömdes en arbetsplacering i annat arbete ej heller genomförbar. Frågan om yrkesutbildning togs därför upp. D. var intresserad av att erhålla en omskolning till industrilackerare, vilket yrkesval bedömdes kunna ifrågakomma. En framställning om arbetsvård för D. i form av utbildning till industrilackerare ingavs följaktligen till arbetsmarknadsstyrelsen, som genom beslut den 22/10 1956 biföll framställningen. Efter utbildningen, som avsågs pågå under 3 år, kunde D. påräkna arbete i hemorten.

Sedan plats kunnat ordnas vid van-

förestalt, påbörjade D. den 7/11 1956 sin utbildning till industrilackerare. I samband härmed höjde riks försäkringsanstalten livräntan till 511 kr/mån, beräknad efter 100 % invaliditet. Han hade emellertid vissa svårigheter att anpassa sig på utbildningsorten, och detta ledde till att utbildningen avbröts den 14/1 1957. Detta föranledde riks försäkringsanstalten att den 12/3 1957 ompröva ersättningsfrågan, varvid D. tillerkändes livränta intill fyllda 67 år med 204 kr/mån, beräknad efter 45 % invaliditet.

Ännu i oktober 1957 hade D. fortfarande inget ordnat arbete. Frånsett en del rent tillfälliga arbeten hos lantbrukare i hemorten hade han vid denna tidpunkt varit sysslolös, alltsedan utbildningen avbröts. Trots detta hade han på arbetsvårdens förfrågningar inte ådagalagt något intresse för diskussioner angående förnyade åtgärder från dess sida till lösande av sin arbetsfråga. Detta kan tyda på att han funnit sig tillrätta med sina nuvarande arbets- och inkomstförhållanden. Så länge D. är ointresserad härav kan några ytterligare åtgärder i ärendet inte företagas från arbetsvårdsorganets sida.

Sjukkasemedlemmen E.

20-årigt ogift köks- och matsalsbiträde samt konfektionssömmerska. Sjukskriven 1954 på grund av reumatisk feber. Vårdad å lasarett upprepade gånger för recidiverande reumatisk feber, hjärtmuskelinflammation och klafffel. Medicinerar ständigt. Ersättning från sjukkassan 69 dagar 1954, 365 dagar 1955, 211 dagar 1956.

Efter rapport från lokalsjukkassan behandlades ärendet i samarbetslaget den 20/6 1956. Ytterligare åtgärder av medicinsk natur ansågs inte behövas, däremot utredning av ärendet från arbetsvårdssynpunkt. Arbetsvårdsutredningen

gav vid handen, att E. kunde tänkas vara i stånd antaga endast ett mycket lätt arbete, till en början endast på deltid. Den 1/8 1956 lyckades det också arbetsvården att anvisa E. dylik anställning på ett apotek, där hon skulle sysselsättas med inläggning av pulver. Emellertid nedlades pulvertillverkningen 31/5 1957, varför E. åter stod utan arbete. Innan nytt arbete kunde anvisas, insjuknade E. den 31/7 1957, denna gång i bihåleinflammation, och måste för behandling ånyo läggas in på sjukhus. Efter tillfrisknandet i augusti 1957 återupptogs kontakten med arbetsvårdsorganet, varvid nya försök gjordes att skaffa henne lämpligt arbete, denna gång dock med negativt resultat. Frågan om yrkesutbildning togs upp till prövning, och E. uttalade intresse för ett arbete som kontorist, vilket från såväl medicinska som andra synpunkter också bedömdes lämpligt. En framställning till arbetsmarknadsstyrelsen om ekonomiskt bidrag för en ettårig handelskurs bifölls, och sedan augusti 1957 pågår yrkesutbildning i ärendet.

Vid förfrågan i oktober 1957 har utbildningsanstalten upplyst, att E. tillgodogjort sig utbildningen fullt tillfredsställande. E. har själv uppgivit sig mycket nöjd med vidtagna åtgärder. Hon stod vid tillfället fortfarande under läkarkontroll.

Sjukkasemedlemmen F.

28-årig kommunalanställd gatuarbetare. Gift, 3 minderåriga barn. Sjukskriven 29/1 1955 på grund av knäskada. Opererad 25/5 1955, varvid man fann en träbit, som avlägsnades (1951 hade F. råkat få in en trädgren i vänster knäled). Då F. fortfarande besvärades av värk, företogs en ny operation den 30/12 1955.

Den 22/2 1956 behandlades ärendet i samarbetslaget. F:s sysselsättningsfråga

ansågs böra bli föremål för utredning och eventuella åtgärder genom arbetsvårdsorganets försorg. Andra åtgärder erfordrades inte.

Vid arbetsvårdsutredningen framkom till en början, att behandlingsläkaren ansåg en återgång till tidigare arbete som eventuellt tänkbar. Sedan det i mars 1956 definitivt klarlagts, att F. på grund av sin skada inte kunde återgå i tidigare arbete, inleddes förhandlingar med F:s tidigare arbetsgivare angående lämpligt arbete för F. men med negativt resultat. Sedan en arbetsplacering i öppna marknaden överhuvud visat sig ogenomförbar, togs frågan om yrkesutbildning upp till prövning. F. uttalade därvid intresse för en utbildning till reklamtecknare eller ritare; under sjukskrivningstiden hade han i viss omfattning sysslat med reklamteckning. Förnyade förhandlingar upptogs med F:s tidigare arbetsgivare, vilka resulterade i det beskedet, att F. efter en kortare teknisk utbildning med största sannolikhet kunde erhålla återanställning såsom mätningstekniker. På grundval av detta besked ingavs den 5/6 1956 framställning till arbetsmarknadsstyrelsen om arbetsvård för F. i form av utbildning vid teknisk fackskola (väg- och vattenbyggnadstekniska avd.). Framställningen bifölls, och utbildningen påbörjades i januari 1957. Vid den tidpunkten hade F. varit friskskriven för knäskadan sedan den 13/9 1956.

Vid efterkontroll i oktober 1957 fortlöp utbildningen plan enligt.

Sjukkasemedlemmen G.

26-årig ogift manlig borstfabrikarbetare. Sjukskriven med ersättning från sjukkassan från den 28/1 1955. Diagnos: Resttillstånd efter hjärnhinneinflammation plus försenad pubertet plus epilepsi.

Sjukhistoria: Epileptiska anfall redan vid 8 års ålder. Sedan 1950 2 à 3 anfall per år med lätta pareser, växlande mellan höger och vänster kroppshalva, och medvetanderubbning. Vid anfall i januari 1955 omtöckning ca 1 dygn. Vårdats å lasarettet i hemorten, vid neurokirurgiska kliniken i Lund samt Serafimerlasarettet i Stockholm.

Efter remiss från lokalsjukkassan behandlades ärendet i samarbetslaget den 4/7 1956. Därvid beslöts remiss av ärendet till arbetsvårdsorganet i och för utredning och eventuella åtgärder. Arbetsvårdsutredningen klarlade, att G. aldrig fått någon egentlig yrkesutbildning. År 1951 erhöll han anställning vid en borstfabrik. G. orkade emellertid aldrig arbeta på ackord. Huvudsakligen sysselsattes han vid en slip- och bormaskin, där han tilläts arbeta efter förmåga. Ersättning för arbetet utgick efter en timlön av 1:50 kr. På grund av omläggning av produktionen permitterades G. från sitt arbete i början av 1955, ungefär samtidigt som han sjukskrevs. Någon möjlighet till återanställning förelåg inte.

För att få G:s förutsättningar att över huvud taget återgå till ett arbete närmare utredda ingavs framställning till arbetsmarknadsstyrelsen om arbetsprövning i ärendet, vilken framställning bifölls den 15/10 1956. På grund av platsbrist kunde arbetsprövningen dock ej påbörjas förrän den 16/5 1957. Den pågick sedan till i mitten av september, då man kommit fram till att G. lämpligen borde beredas yrkesutbildning inom fotografyrket. I oktober 1957 hade ärendet avancerat så långt, att framställning ingivits till arbetsmarknadsstyrelsen om arbetsvård för G. i form av yrkesutbildning till fotograf under en tid av 3 år vid vanförestalt. Ersättning från sjukkassan hade då inte utgått sedan den 1/8 1956.

Sjukkasmedlemmen H.

26-årig ogift deкупörellev. Sjukskriven med ersättning från sjukkassan fr o m den 30/11 1954 på grund av psykisk sjukdom (schizofreni). Vårdats vid mentalsjukhus två omgångar, senast utskrivna augusti 1955. Ordinerad vila i hemmet samt arbetsterapi.

Efter remiss från lokalsjukkassan behandlades ärendet i samarbetslaget den 21/3 1956. Några medicinska åtgärder utöver de redan vidtagna ansågs inte aktuella, däremot utredning och eventuella åtgärder från arbetsvårdssynpunkt. Ärendet remitterades sålunda till arbetsvårdsorganet, där H. emellertid redan var inskriven sedan den 13/2 1956. Från arbetsvårdsorganets sida hade i första hand arbetsträning rekommenderats, och i början av 1956 hade plats vid arbetsträningsverkstad även kunnat beredas. Efter 10 dagar avbröt H. arbetsträningen, då han erfarit att några f d sanatoriepatienter vistades vid verkstaden och han befarade bli smittad. Då andra åtgärder inte ansågs genomförbara, anvisades H. efter hemkomsten skyddad sysselsättning i form av parkarbete. Tämigen snart avbröt han emellertid också denna arbetsvård och vistades därefter i sitt föräldrahem. I juli 1956 intogs H. ånyo å mentalsjukhus, varifrån han sedan blev försöksutskrivna först i februari 1957. Försöksutskrivningen varade dock endast till i april, då H. på nytt fick intagas för vård. Ännu i oktober 1957 pågick denna vård. I februari 1957 utfärdades av behandlingsläkaren intyg för ansökan om sjukbidrag från pensionsstyrelsen.

Sjukkasmedlemmen I.

51-årig gift byggnadssnickare. 3 minderåriga barn. Sjukskriven med ersättning från sjukkassan fr o m 20/2 1956 på grund av olycksfall i arbete med muskelbristning i höger axel. Efter

olycksfallet ej varit i stånd att lyfta armen. Den 20/5 1956 överfördes ärendet till riksförsäkringsanstalten, som sedan denna tidpunkt utgivit ersättning.

Efter rapport från lokalsjukkassan behandlades ärendet i samarbetslaget den 20/6 1956. Inga medicinska åtgärder ansågs aktuella, möjligen längre fram. Däremot beslöts, att ärendet skulle utredas från arbetssynpunkt.

Den 28/11 1956 opererades I. för sin axelskada utan nämnvärd förbättring. Ny operation med partiell låsning av axelrörligheten påtänkt, men I. motsatte sig detta förslag.

Arbetsvårdsutredningen gav vid handen, att I. för framtiden inte kunde arbeta som byggnadssnickare. Åtgärderna fick därför inriktas på att söka skaffa ett arbete, i vilket hans handikap ej behövde göra sig gällande. Detta ledde till att han i början av maj 1957 kunde anvisas arbete mot avtalsenlig lön som traversförare vid en större industri i hemorten.

Vid efterkontroll i oktober 1957 var I. fortfarande anställd såsom traversförare. Arbetsgivaren förklarade sig vara fullt nöjd med hans arbetsprestation. För egen del har I. uppgivit, att hans arbetsfråga ordnats bättre än han vågat hoppas. Han hade under sjukdomsliden hyst bekymmer för framtiden, vilket han numera inte ansåg sig ha anledning till. Från riksförsäkringsanstalten uppbar han vid kontrolltillfället allttjämt ersättning med 223 kr/mån, beräknad efter en invaliditet av 45 %.

Sjukkasmedlemmen J.

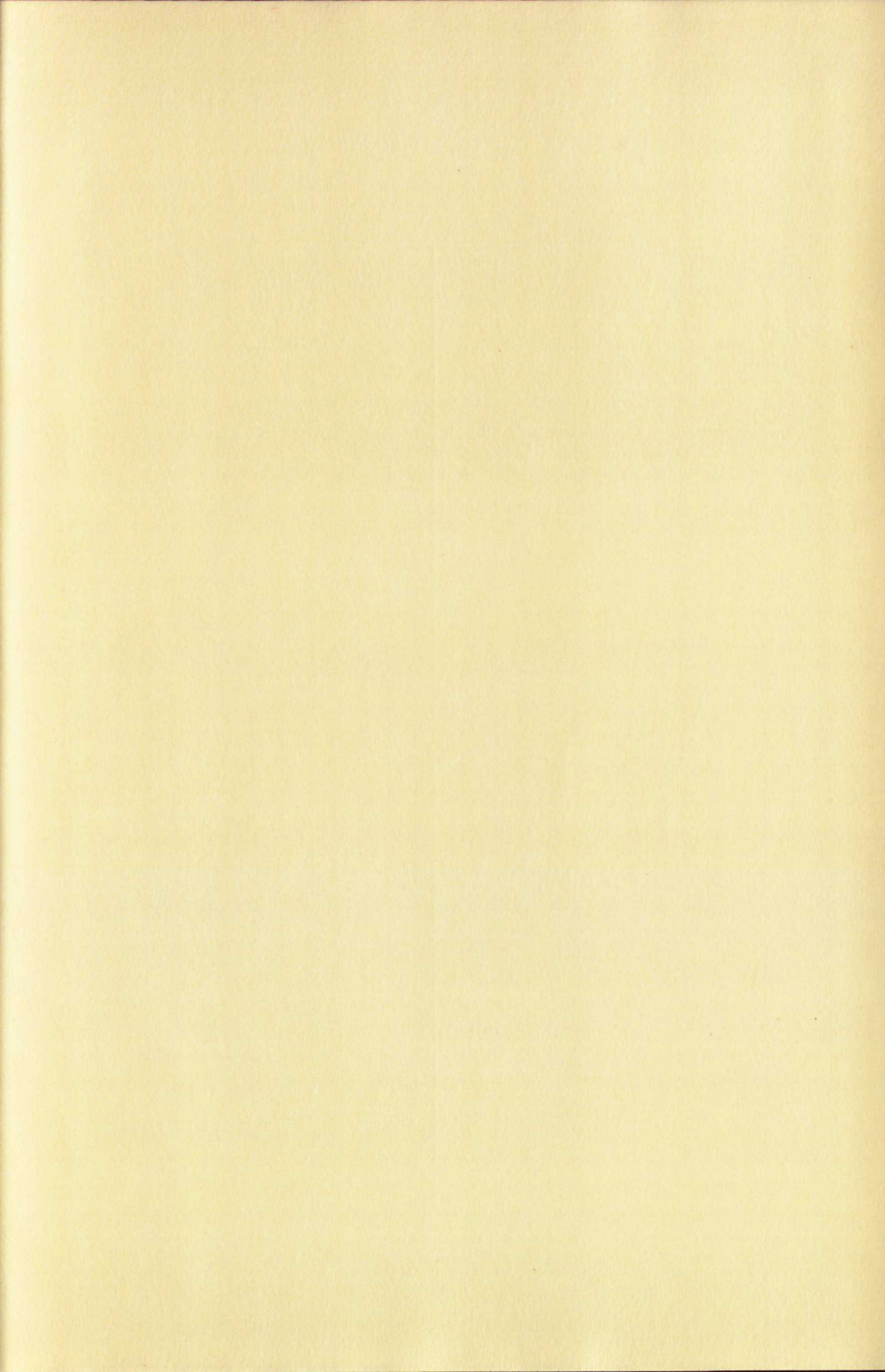
21-årig ogift verkstadslärling. Sjukskriven 5/11 1955 för skador på vänster underarm och vänster ben efter en motorcykelolycka. På grund av att J. lider av blödarsjuka (sk oäkta haemophili) fick han svåra blödningar, och blodtransfusioner måste givas. Den närmas-

te tiden hade J. ingen rörlighet i första, andra och tredje fingret på vänster hand. Småningom återfick han rörligheten men däremot ej känseln; »kan få brännsår på fingrarna, utan att han känner någon smärta härvid».

Den 4/7 1956 behandlades ärendet i samarbetslaget, varvid J:s sysselsättningsfråga ansågs närmare böra utredas. Arbetsvårdsutredningen fastställde J:s behov av arbetsvård. Med hänsyn till hans nedsatta sensibilitet i 3 fingrar på vänster hand och blödningsbenägenhet vid skador ansågs han för framtiden inte kunna fortsätta med sitt tidigare verkstadsarbete. Lämpligt annat arbete kunde ej anskaffas, varför frågan om yrkesutbildning upptogs till prövning. J. kunde inte tänka sig annan sysselsättning än något slag av mekaniskt arbete, exempelvis som radioreparatör eller bilelektriker. Hans handikap gjorde det tveksamt om han hade förmåga att utföra ett precisionsarbete. J. hade svaga skolbetyg, men psykologisk anlagsprövning utvisade, att hans intellektuella utrustning och hans förutsättningar i övrigt måste bedömas som fullt tillräckliga för en utbildning inom något av de önskade yrkesområdena. Trots nedsatt rörlighet och känsel i vissa fingrar hade han också vid företagna prov visat sig

klara även sådant arbete, där skadan annars kunde tänkas utgöra ett hinder. Då radioreparatörsyrket med hänsyn till hans intresseinriktning och från medicinsk och arbetsmässig synpunkt i första hand borde ifrågakomma, vidtogs åtgärder för att få en dylik utbildning till stånd. På grund av platsbrist vid utbildningsanstalterna kunde denna utbildning ej påbörjas förrän någon gång under 1958, medan bilelektrikerutbildning skulle kunna ordnas redan under 1957. Med hänsyn härtill valde J. att utbilda sig till bilelektriker; ytterligare ett skäl för yrkesvalet i fråga var, att han med säkerhet kunde påräkna arbete i hemorten efter avslutad utbildning. I mars 1957 ingavs framställning till arbetsmarknadsstyrelsen om arbetsvård för J. i form av utbildning till bilelektriker. Utbildningen skulle pågå 22 månader och påbörjades den 27/5 1957; den pågick alltjämt i oktober 1957. Ersättningen från sjukkassan upphörde den 26/5 1957, alltså dagen före utbildningens början.

Från utbildningsanstalten har på förfrågan meddelats, att J. visat sig lätt kunna tillgodogöra sig såväl den teoretiska som den praktiska undervisningen. Själv har J. uppgivit, att han trivs bra med utbildningen.



Statens offentliga utredningar 1958

Systematisk förteckning

(Siffrorna inom klammer beteckna utredningarnas nummer i den kronologiska förteckningen.)

Allmän lagstiftning. Rättsskipning. Fångvård.

Häradsrätts sammansättning i brottmål. [9]
Förslag till varumärkeslag. [10]
Betänkande med förslag till allmän tjänstepliktslag m. m.
[16]

Statsförfattning. Allmän statsförvaltning.

Utredning om vissa förhållanden vid konserveringsforskningsinstitutet. [3]
Författningsutredningen. 1. Kandidatnominering vid andrakammarval. [6] 2. Regeringsarbetet. [14]

Kommunalförvaltning.

Statens och kommunernas finansväsen.

Politi.

Nationalekonomi och socialpolitik.

Socialförsäkring och rehabilitering. [17]

Hälsa- och sjukvård.

Gemensam nordisk hälsovårdsutbildning. [8]
Hälsovård och öppen sjukvård i landstingsområdena. [15]

Allmänt näringsväsen.

Fast egendom. Jordbruk med binäringar

Småbrukarstödet. [7]

Vattenväsen. Skogsbruk. Bergsbruk.

Industri.

Handel och sjöfart.

Kommunikationsväsen.

Vägplan för Sverige. Del. 1. Riklinjer och förslag samt kartbilagor. [1] Del 2. Expertutredningar och övriga textbilagor. [2]

Bank-, kredit- och penningväsen.

Försäkringsväsen.

Promemoria med förslag om fondförvaltning m. m. i samband med en utbyggd pensionering. [4]
Permanent skördeeskadeskydd. [5]

Kyrkoväsen. Undervisningsväsen.

Andlig odling i övrigt.

1955 års universitetsutredning. 3. Reserverna för högre utbildning. Beräkningar och metoddiskussion. [11]

Försvarsväsen.

Civilförsvarsutbildningen. [12]
Civilförsvarets organisation. [13]

Utrikes ärenden. Internationell rätt.