



**National Library
of Sweden**

Denna bok digitaliserades på Kungl. biblioteket år 2012

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR 1964:50

Socialdepartementet

SOU
1964:50 A



SAMORDNAD REHABILITERING

DEL I

*Remissyttranden över och kommentarer till CRB:s PM 1962
med riktlinjer för den allmänna rehabiliteringsorganisationen*

SAMMANSTÄLLNING AV
CENTRALA REHABILITERINGSBEREDNINGEN

Stockholm 1964

STATENS

OFFENTLIGA UTREDNINGAR 1964

Kronologisk förteckning

1. Indexlär. Del I. Kihlström. 96 s. Fl.
2. Indexlär. Del II. Kihlström. 526 s. Fl.
3. Konsumtionsmönster på bostadsmarknaden. Esselte 212 s. I.
4. Effektivare konsumentupplysning. Esselte. 111 s. H.
5. Bättre ådringsvård. Esselte. 121 s. S.
6. Alkoholiklagen. Norstedt & Söner. 278 s. Fl.
7. Statens skogar och skogsindustrier. Svenska Reproduktions AB. 144 s. Fl.
8. Kapitalutvecklingen i det svenska lantbruket. Esselte. 38 s. Jo.
9. Arbetsförförkortningens verkningar. Esselte. 216. s S.
10. Företagsnteckning. Tiden-Barnängen Tryckerier AB. 149 s. Ju.
11. Älgfrågan. Norstedt & Söner. 188 s. Jo.
12. Veterinärmedicinsk forskning och undervisning. Del II. Esselte. 302 s. Jo.
13. Religionsfrihet. AB Wilhelmssons Boktryckeri. XXVIII + 594 s. E.
14. Svensk lämnbok 1964. AB E G Johanssons Boktryckeri, Karlshamn. 227 s. Ju.
15. Utlåtande av Juristkommissionen i Wennerströmaffären. Norstedt & Söner. 117 s. Ju.
16. Historisk översikt. Kyrkobegrepp. Almqvist & Wiksells Boktryckeri AB, Uppsala. 324 s. E.
17. Rapport av parlamentariska nämnden i Wennerströmaffären. Norstedt & Söner. 46 s. Ju.
18. Översättning av fördrag angående upprättandet av Europeiska atomenergigemenskapen (Euratom) och tillhörande dokument. Marcus. 187 s. H.
19. Kommunal skatteutjämning. Kihlström. 419 s. Fl.
20. Krigsmatens förbandssjukvård. Esselte. 222 s. Fö.
21. Bilskroting. Esselte. 75 s. K.
22. Förbud mot utförelse av kulturföremål. Kihlström 6 s E.
23. Kronhjortsreservat m. m. Berlingska Boktryckeriet, Lund. 109 s. Jo.
24. Behandlingsforskning vid ungdomsvårdsskolorna. Esselte. 279 s. S.
25. Nytt skattesystem. Esselte. 827 s. Fl.
26. Offentliga byggnader 3. Ekonomiskt byggande. Esselte. 103 s. K.
27. Lag om förvaltningsförfarandet. Esselte. 719 s. Ju.
28. Beräkning av pensionsreserv i pensionsstiftelse. Holmqvist skrivbyrå & kontorstryckeri. 39 s. Ju.
29. Koncernbidrag m. m. Esselte. 160 s. Fl.
30. Kristendomsundervisningen. Esselte. 182 s. E.
31. Skadestånd II. Esselte. 170 + 62 s. Ju.
32. Förtida tillträde, expropriationskostnad m. m. Marcus. 118 s. Ju.
33. Översättning av viktigare följdförfattningar till fördragen angående Europeiska ekonomiska gemenskapen och Europeiska kol- och stålgemenskapen. Marcus. 521 s. H.
34. Äktenskapsrätt I. Författningstext. Marcus. 96 s. Ju.
35. Äktenskapsrätt II. Motiv. Marcus. 597 s. Ju.
36. Ökat stöd till barnfamiljer. Esselte. 148 s. S.
37. Lantbrukets strukturutveckling. Esselte. 251 s. Jo.
38. Sammanställning av remissyttranden över författningsutredningens förslag till ny författning. Del 3. Kap. 6 i förslaget till regeringsform. Marcus. 98 s. Ju.
39. Rapport och arbetsmaterial från arbetsgruppen för det kommunala sambandet juni 1964. Marcus. 179 s. Ju.
40. Mentalsjukvårdslag. Esselte. 418 s. S.
41. Bostadsstöd för pensionärer. Hægström. 105 s. I.
42. Kommunal markpolitik. Esselte. 117 s. I.
43. Social omvårdnad av handikappade. Esselte. 208 + 16 s. ill. S.
44. Skolans försörjning med lärare II. Esselte. 296 s. E.
45. Sjuksköterskeutbildningen I. Grundutbildning. Esselte. 319 s. S.
46. Sjuksköterskeutbildningen II. Vissa grundläggande undersökningar. Utkommer senare.
47. Friluftslivet i Sverige. Del I. Utgångsläge och utvecklingstendenser. Svenska Reproduktions AB. 218 s. K.
48. Farmaceutisk utbildning och forskning. Esselte. 256 s. E.
49. Rätten till arbetstagares uppfinningar. Norstedt & Söner. 78 s. Ju.
50. Samordnad rehabilitering. Del I. Tiden-Barnängen Tryckerier AB. 224 s. S.

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR 1964:50

Socialdepartementet



SAMORDNAD REHABILITERING

DEL 1

*Remissyttranden över och kommentarer till CRB:s PM 1962
med riktlinjer för den allmänna rehabiliteringsorganisationen*

SAMMANSTÄLLNING AV
CENTRALA REHABILITERINGSBEREDNINGEN

TIDEN-BARNÅNGEN TRYCKERIER AB
STOCKHOLM 1964

STATE OF NEW YORK
IN SENATE

AMENDMENT TO THE ELECTION LAW

ARTICLE 17

Section 17-100. The Board of Elections shall have the honor of presenting to the Legislature the following amendments to the Election Law:

SECTION 17-100.1

Section 17-100.1. The Board of Elections shall have the honor of presenting to the Legislature the following amendments to the Election Law:

Innehåll

Skrivelse till statsrådet och chefen för kungl. socialdepartementet . . .	7
KAPITEL 1	
CRB:s promemoria med riktlinjer för den allmänna rehabiliterings- organisationen	9
KAPITEL 2	
Allmänna synpunkter på promemorians uppläggning och syfte	
Promemorian	11
Remissyttrandena	12
Kommentar	16
KAPITEL 3	
Bakgrund	
Rehabiliteringsverksamhetens nya målsättning	19
Promemorian	19
Remissyttrandena	20
Kommentar	20
Hittillsvarande utveckling av medicinsk rehabilitering och arbetsvård.	22
Promemorian	22
Remissyttrandena	23
Kommentar	26
KAPITEL 4	
Allmänna samhällsåtgärder i förebyggande och anpassnings- främjande syfte	
Promemorian	33
Remissyttrandena	34
Kommentar	36
KAPITEL 5	
Klientelels sammansättning	
Promemorian	38
Remissyttrandena	38
Kommentar	49

KAPITEL 6

Betydelsen av tidigt insatta rehabiliteringsåtgärder

Promemorian	56
Remissyttrandena	56
Kommentar	60

KAPITEL 7

Utbyggnaden av rehabiliteringsorganisationen

Promemorian	61
Remissyttrandena	62
Kommentar	76

KAPITEL 8

Vissa samordningsfrågor

Allmänna synpunkter	79
Promemorian	79
Remissyttrandena	79
Samordningen på länsplanet	86
Promemorian	86
Remissyttrandena	87
Arbetsprovningens placering i rehabiliteringsorganisationen	90
Promemorian	90
Remissyttrandena	92
Ansvar för rehabilitering under sjukhusvård	92
Promemorian	92
Remissyttrandena	93
Kommentar till samordningsfrågorna	98
Allmänna synpunkter	98
Samordningen på länsplanet	101
Arbetsprovningens placering i rehabiliteringsorganisationen	102
Ansvar för rehabilitering under sjukhusvård	102

KAPITEL 9

De olika leden i rehabiliteringsverksamheten

Akutsjukvård	104
Promemorian	104
Remissyttrandena	104
Eftersjukvård	105
Promemorian	105
Remissyttrandena	106
Långtidssjukvård	110
Promemorian	110
Remissyttrandena	111
Arbetsprovning	111
Promemorian	111
Remissyttrandena	115
Arbetsträning	144
Promemorian	144
Remissyttrandena	146

Yrkesutbildning för handikappade	152
Promemorian	152
Remissyttrandena	152
Skyddad verksamhet	153
Promemorian	153
Remissyttrandena	155
Beredande av arbete	166
Promemorian	166
Remissyttrandena	167
Uppföljande rehabiliteringsverksamhet och efterkontroll	169
Promemorian	169
Remissyttrandena	169
Näringshjälp	170
Promemorian	170
Remissyttrandena	170
Medicinsk-tekniska hjälpmedel m. m.	172
Promemorian	172
Remissyttrandena	174
Kommentar till kapitlet om de olika leden i rehabiliteringsverksamheten	176
Akutsjukvård	176
Eftersjukvård	176
Långtidssjukvård	177
Arbetsprövning	178
Arbets träning och skyddad verksamhet samt yrkesutbildning för handi- kappade	183
Beredande av arbete	183
Uppföljande rehabiliteringsverksamhet och efterkontroll	184
Näringshjälp	184
Medicinsk-tekniska hjälpmedel m. m.	184

KAPITEL 10

Rehabiliteringsforskning

Promemorian	185
Remissyttrandena	187
Kommentar	191

KAPITEL 11

Utbildning av personal för rehabiliteringsuppgifterna

Promemorian	192
Remissyttrandena	194
Kommentar	202

KAPITEL 12

Kostnader och finansiering

Promemorian	204
Remissyttrandena	208
Kommentar	220

Till

Herr Statsrådet och Chefen för Kungl. Socialdepartementet

Den 11 december 1962 överlämnade centrala rehabiliteringsberedningen (CRB) en promemoria med riktlinjer för den allmänna rehabiliteringsorganisationen. Denna har sedermera varit föremål för remissbehandling.

Föreliggande betänkande utgör en sammanställning av remissyttrandena över promemorian jämte vissa kommentarer.

I sammanställningen belyses vissa problem i samband med utbyggnaden och samordningen av rehabiliteringsorganisationen. En del av dessa upptages till fortsatt behandling i CRB:s betänkande Samordnad rehabilitering, del 2, Allmänna principer och vissa organisationsförslag.

Stockholm den 10 april 1964.

SEVED APELQVIST

Sigrid Ekendahl
Leif Hultström

Sven Forssman
Harald Lindvall
Bengt Olsson

Carl Hirsch
Karl Montan

/ Ann-Margret Lundgren

KAPITEL 1

CRB:s promemoria med riktlinjer för den allmänna rehabiliteringsorganisationen

I CRB:s direktiv har angivits att beredningen har att pröva frågor om den ändamålsenliga organisationen och samordningen av rehabiliteringsverksamheten samt att tills vidare själv fungera som ett centralt samordningsorgan.

I detta uppdrag har CRB ansett ingå att angiva sådana allmänna riktlinjer för rehabiliteringsverksamhetens utformning, som kan tjäna till vägledning för de myndigheter och organ, vilka bär ansvaret för organisationens utbyggnad och detaljuppläggning. Med anledning härav överlämnade CRB med skrivelse den 11 december 1962 till statsrådet och chefen för socialdepartementet en promemoria med riktlinjer för den allmänna rehabiliteringsorganisationen (stencil), tryckt under titeln Rehabilitering — CRB om målsättning och organisation (Socialdep. 1963: 1). I promemorian underströks, att de däri framförda synpunkterna och förslagen gav uttryck åt vissa principer, som CRB ansåg grundläggande för rehabiliteringsverksamheten, men icke innebar att krav ställdes på en schematisk likriktning av organisationen inom olika områden. Beredningen ansåg tvärtom en viss flexibilitet vara att förordas, i varje fall under den närmaste 10-årsperioden, då olika experter och huvudmän måste ha möjlighet att söka sig fram på olika vägar.

CRB:s skrivelse och promemoria har sedermera varit föremål för remissbehandling, varvid — efter remiss av socialdepartementet — yttranden avgivits av *medicinalstyrelsen, riksförsäkringsverket, arbetsmarknadsstyrelsen, statskontoret, statens arbetsklirik i Stockholm, direktionen för karo-linska sjukhuset, arbetsmarknadsutredningen, 1961 års sjukförsäkringsutredning, Svenska landstingsförbundet, Svenska stadsförbundet, Svenska landskommunernas förbund¹), Svenska arbetsgivareföreningen (SAF), Landsorganisationen i Sverige (LO), Tjänstemännens centralorganisation (TCO) och De vanföras riksförbund (DVR)*. Yttranden har vidare — efter remiss av CRB — avgivits av *Sveriges läkarförbund, Svenska läkaresällskapet (med bifogande av uttalanden från sektionerna för neurologi, ortopedi, psykiatri och åldersforskning), Svenska industriläkarföreningen, Svensk*

¹ Numera Svenska kommunförbundet.

sjuksköterskeförening, Föreningen Sveriges arbetsterapeuter, Svenska försäkringsbolags riksförbund, Folksam, Svenska vanförevårdens centralkommitté (SVCK), Kvinnoorganisationernas stiftelse till stöd åt handikappade husmödrar, Hörselfrämjandets riksförbund, De blindas förening och Svenska föreningen för psykisk hälsovård, Svenska landstingsförbundet och Svenska stadsförbundet, vilka med anledning av socialdepartementets remiss huvudsakligen yttrat sig i frågan om finansieringen av rehabiliteringsorganisationen, har vidare — på framställning av CRB — med egna utlåtanden överlämnat från samtliga läns landstings förvaltningsutskott med undantag av ett samt från vissa kommunala myndigheter i de största städerna införskaffade yttranden. Slutligen har Handikapporganisationernas centralkommitté — under hänvisning till CRB:s remiss till vissa i kommittén ingående organisationer — inkommit med ett av ett särskilt tillsatt arbetsutskott inom kommittén sammanställt yttrande. Samtliga remissyttranden förelåg den 15 juli 1963.

I det följande redovisas CRB:s i ovannämnda skrivelse och promemoria framförda synpunkter och förslag samt de däröver avgivna remissyttrandena punkt för punkt i syfte att ge en föreställning om i vilka avseenden enighet kan anses råda om de av beredningen uppdragna riktlinjerna för rehabiliteringsverksamhetens utbyggnad och organisation och i vilka avseenden delade meningar därom gjort sig gällande. I den mån motsättningar i uppfattningen framkommit har CRB sökt närmare analysera huvuvida dessa är av mera djupgående slag eller rör sig om mindre väsentliga detaljfrågor eller har sin grund i missuppfattningar rörande innebörden av förslagen, delvis sammanhängande med den terminologiska oklarhet, som synes råda på området. I anslutning till denna analys upptages de problem, som aktualiserats, till ytterligare diskussion och prövning.

KAPITEL 2

Allmänna synpunkter på promemorians uppläggning och syfte

Promemorian

Som framhållits i CRB:s skrivelse den 11 december 1962 var avsikten med dess promemoria att på tidigast möjliga stadium av beredningens verksamhet anmäla dess synpunkter på vissa frågor av grundläggande betydelse för att erforderlig planering och utbyggnad av rehabiliteringsverksamheten icke skulle onödigtvis fördröjas utan komma till stånd inom överskådlig tid.

Trots att ej längre tid stått till beredningens förfogande för att mera ingående studera och analysera alla de problem, som omfattades av utredningsuppdraget, ansåg sig beredningen härvid kunna konstatera såsom det mest angelägna att vid och i anslutning till regionsjukhusen utan dröjsmål skapades resurser för en kvalificerad rehabiliteringsverksamhet, för forskning inom rehabiliteringsområdet och för den utbildning av rehabiliteringspersonal, som är en förutsättning för att verksamheten skall kunna bedrivas på ett tillfredsställande sätt.

Efter en kort redovisning av de förhållanden, som speciellt aktualiserat kraven på en utbyggd rehabiliteringsorganisation och som även föranlett CRB:s uppdrag — bl. a. den 1962 beslutade omfattande socialförsäkringsreformen — tecknas i promemorians inledande avsnitt den medicinska rehabiliteringens och arbetsvårdens hittillsvarande utveckling från delvis skilda utgångspunkter. Då den nya internationellt erkända synen på rehabiliteringen innebär, att denna måste bedrivas som en enhetlig och kontinuerlig process utan funktionshämmande gränsdragningar mellan skilda vårdformer, konstaterar beredningen att en allmän översyn av båda de nämnda rehabiliteringsformerna med utgångspunkt från en sådan gemensam målsättning måste anses motiverad. Eftersom rehabiliteringsverksamheten i sina moderna former alltjämt befinner sig i början av sin utveckling, bör en rationell samordning av skilda resurser också vara lättare att genomföra nu än på ett senare stadium.

Det är mot här angivna bakgrund som de i promemorian framlagda synpunkterna och förslagen skall ses. Med sin uppläggning av promemorian har CRB — inför en fortsatt angelägen utbyggnad av rehabiliteringsorganisationen — velat understryka nödvändigheten av en helhetssyn på den djupt integrerande del i hela området för sjukvård, arbetsvård och socialvård, som rehabiliteringsverksamheten utgör. En sådan helhetssyn är enligt CRB:s mening en avgörande förutsättning för rationella lösningar av

de viktiga samordningsproblemen, vilka CRB enligt sitt uppdrag har att främst ägna sin uppmärksamhet. En helhetssyn är inte minst viktig för att man under en utbyggnadstid, då provisorier av olika slag stundom måste tillgripas, likväl skall kunna passa in dem i systemet på ett funktionellt sätt och undvika felinvesteringar som kan försvåra ett realiserande av en mera definitiv organisation.

Remissyttrandena

Remissinstanserna — såväl de hörda ämbetsverken som flertalet sjukvårdshuvudmän och åtskilliga andra — ansluter sig allmänt till CRB:s uppfattning om behovet av en snabb utbyggnad av rehabiliteringsorganisationen, vilket i sin tur förutsätter ökade resurser för utbildning av rehabiliteringspersonal och för forskning inom rehabiliteringsområdet.

Beträffande promemorians uppläggning görs följande uttalanden.

Medicinalstyrelsen framhåller att promemorian närmast synes vara att uppfatta som en programförklaring att läggas till grund för fortsatt utredningsarbete.

Arbetsmarknadsstyrelsen konstaterar

att beredningen när det gäller arbetsvårdens område — med undantag för förslaget om ändrad gränsdragning mellan medicinsk och yrkesmässig rehabilitering — ej framfört några nya tankegångar utan att framförda synpunkter redan tidigare varit föremål för förslag från styrelsens sida.

Enligt styrelsens uppfattning hade det varit önskvärt, att beredningen på ett grundligare sätt än skett hade analyserat och kommit med förslag i de väsentliga arbetsvårdsfrågorna — främst resursernas kraftiga förstärkning — innan förslag framlagts i den tämligen perifera frågan huruvida arbetsprövning skall räknas till medicinsk eller yrkesmässig rehabilitering, som nu gjorts till huvudfrågan.

Statskontoret framhåller att

de av beredningen i promemorian angivna allmänna riktlinjerna för rehabiliteringsverksamheten synes stå i god samklang med de synpunkter på denna verksamhet, som anlades av kommittén för partiellt arbetsföra och som framlades för och godtogs av 1950 års riksdag. De torde också överensstämma med den resolution, som 1952 antagits av FN:s ekonomiska och sociala råd (ECOSOC) efter en utredning, företagen under medverkan av olika FN-organ.

Statskontoret finner därför att de av beredningen föreslagna riktlinjerna i stort sett — med några närmare berörda undantag — bör kunna läggas till grund för beredningens fortsatta arbete.

Direktionen för karolinska sjukhuset anser att

ett ståndpunktstagande till i den remitterade promemorian framförda förslag eller gjorda ställningstaganden försvåras i hög grad av att desamma i betydande

utsträckning icke baserar sig på någon i promemorian redovisad utredning eller analys av inom eller utom landet gjorda erfarenheter. Vad som av utredningen anföres är så allmänt hållet, att det knappast kan förväntas komma att utgöra ett aktivt bidrag till förverkligandet av den medicinskt-sociala verksamhet, som rehabiliteringen utgör. Detta är att beklaga, då ett starkt behov föreligger av centralt uppdragna riktlinjer för en ändamålsenlig organisation och samordning av rehabiliteringsverksamheten.

Även om direktionen för sin del kan giva sin anslutning till många i den remitterade promemorian gjorda ställningstaganden, anser direktionen dock däri framlagda riktlinjer på väsentliga punkter vara så ofullständigt underbyggda, att de icke utan en överarbetning bör läggas till grund för en vidare planering och utbyggnad av rehabiliteringsverksamheten.

Svenska landstingsförbundets styrelse uttalar följande.

Beredningen framlägger vissa förslag rörande den organisatoriska uppbyggnaden av rehabiliteringen. Mot bakgrund av att riktlinjerna utarbetats redan i begynnelsekedet av beredningens utredningsarbete och väl mera torde få betraktas som en principdeklaration har de förslag som i detta hänseende framläggas icke kunnat underbyggas av något mera konkret utredningsmaterial. Styrelsen finner sig under sådana förhållanden nu ej kunna ingående bedöma dessa förslag.

Södermanlands läns landstings förvaltningsutskott utgår ifrån

att de aktuella problemen måste mera ingående utredas och klarläggas samt att detaljerade förslag för såväl rehabiliteringskliniker som arbetsprövnings- och arbetsträningsverkstäder samt skyddade verkstäder utarbetas. Att härvid såväl investeringskostnader som driftkostnader jämväl måste utredas och redovisas torde icke behöva framhållas.

Östergötlands läns landstings förvaltningsutskott instämmer i vad det

funnit sig kunna tolka som ett beklagande från beredningens sida att den ansett sig tvingad att redan på ett så tidigt stadium som skett framföra vissa synpunkter av grundläggande betydelse, ehuru den icke haft längre tid till sitt förfogande för att mera ingående studera och analysera alla de problem, som omfattas av dess uppdrag. Detta förhållande synes kunna förklara varför beredningen inte redovisat något som helst utredningsmaterial såsom grund för sina ställningstaganden. Ej heller har beredningen presenterat några mer ingående analyser eller förklaringar av vad som menas med eller vilka funktioner som ingår i olika åtgärdsformer inom såväl den medicinska som yrkesmässiga rehabiliteringen. En närmare undersökning av klienteletts sammansättning har icke heller medhunnits.

Förvaltningsutskottet framhåller avslutningsvis i sitt yttrande

att det anser det synnerligen nödvändigt att beredningens promemoria blir föremål för en noggrann överarbetning under direkt medverkan av sakkunniga och ansvariga representanter för såväl berörda rehabiliteringsavsnitt som de partiellt arbetsföras egna organisationer.

Kronobergs läns landstings förvaltningsutskott åberopar såsom eget yttrande ett av direktionen för centralasarettet i Växjö avgivet utlåtande i ärendet. Direktionen har i denna fråga anfört följande.

Man saknar i CRB:s skrift ett fast grepp på det aktuella problemet. En sammanfattning på 11 sidor efter 54 sidors inledande huvudtext är väl snarast att uppfatta som en ganska omfattande programförklaring, där man emellertid liksom i huvudtexten saknar en bestämd definition på begreppet rehabilitering.

En sådan bestämd definition skulle med säkerhet ha underlättat beredningens arbete och avgränsat området från närliggande, ej direkt hithörande gebit.

Kristianstads läns landstings förvaltningsutskott, som ansluter sig till promemorians allmänna uppläggning, framhåller att den framlagda promemorian utgör ett gott underlag för fortsatta diskussioner och utredningar angående rehabiliteringsverksamhetens fortsatta utbyggnad och organisation i vårt land.

Malmöhus läns landstings hälso- och sjukvårdsstyrelse beklagar att en del av den medicinska expertis, som stått till beredningens förfogande, icke deltagit i utformandet av promemorian, då det måste anses vara av vikt att rehabiliteringen och de därmed sammanhängande problemen behandlas så uttömmande och allsidigt som möjligt.

Norrbottnens läns landstings förvaltningsutskott anser att promemorian ger en högst nödig och nyttig kartläggning av den mängd problem, som är förknippade med rehabiliteringens nu synnerligen aktuella målsättning och organisation.

Svenska stadsförbundets sjukvårdsdelegation framhåller att det måste anses vara i och för sig förtjänstfullt att beredningen under den korta tid beredningen verkat kunnat framlägga riktlinjer för en blivande rehabiliteringsorganisation. Å andra sidan synes enligt delegationen tidsskäl ej medgivit att riktlinjerna — med vissa undantag — utformats i konkreta förslag, som kan i den utsträckning som varit önskligt läggas till grund för berörda myndigheters och organs handlande, i synnerhet på planläggningsstadiet. Delegationen har emellertid velat uppfatta beredningens förslag såsom i första hand åsyftande att väcka intresse för och stimulera åtgärder på rehabiliteringsområdet. Samtidigt torde beredningen ha velat genom remissförfarandet på ett så tidigt stadium som möjligt av sin verksamhet skaffa sig kännedom om remissinstansernas synpunkter.

Göteborgs sjukvårdsstyrelse förutsätter att ytterligare utredningar skall verkställas angående rehabiliteringsverksamhetens uppbyggnad och utbildningen av rehabiliteringspersonal varjämte inventering bör ske även av personella och materiella resurser för genomförande av rehabiliteringsverksamhet.

Malmö stads sjukvårdsstyrelse konstaterar att promemorian enligt styrelsens uppfattning ger en lättillgänglig orientering över huvudlinjerna inom rehabiliteringsområdet och har i princip icke något att erinra mot beredningens synpunkter och förslag.

Svenska läkaresällskapet finner

betänkandet vara ägnat att ge en lättillgänglig orientering över vissa huvudlinjer inom rehabiliteringsområdet och beredningens syn på detsamma. Något material, på vilket de redovisade synpunkterna baseras, återfinns emellertid inte i betänkandet. Härtill kommer att de förslag som framföres i betydande omfattning fått en mycket allmän och på åtskilliga punkter vag formulering. Sällskapet finner det därför inte motiverat att avge ett i detalj preciserat utlåtande utan vill i stället väsentligen uppehålla sig vid några principiellt betydelsefulla spörsmål.

I ett bifogat yttrande från *sektionen för psykiatri* återfinns följande uttalande.

CRB:s PM skiljer sig fördelaktigt från flera tidigare utlåtanden i rehabiliteringsfrågor så till vida att tonvikten konsekvent lagts på en helhetssyn på människan, som skall rehabiliteras, och inte endast på enskilda sjukdomssymtom eller sjukdomsentiteter. Som en följd härav framhålles nödvändigheten av intim samverkan med psykiatrisk och psykologisk expertis i rehabiliteringssammanhang, vilket sektionen noterar med tillfredsställelse.

Emellertid nödgas man konstatera att förslaget, som närmast har karaktären av riktlinjer och principiella ställningstaganden, ofta framställda i tämligen kategorisk form, icke är grundat på någon adekvat utredning. Härigenom får det en mera teoretisk än praktisk prägel. Förslaget borde enligt vår mening föregåtts av en utredning, som framför allt skulle omfatta behovet av rehabilitering och vilka former den lämpligen borde ges vid olika sjukdomstillstånd.

Svenska försäkringsbolags riksförbund finner att den av beredningen utarbetade promemorian i huvudsak innefattar allmänna uttalanden rörande rehabiliteringsverksamheten, varemot konkreta förslag knappast framlagts. Riksförbundet anser sig därför icke nu kunna gå in på bedömning av de enskildheter som promemorian omnämner utan begränsar sitt yttrande till ett par principfrågor.

SVCK finner det vara värdefullt, att beredningen framlagt denna allmänna översikt av rehabiliteringsverksamhetens resurser och organisation samt synpunkter på dess utveckling. Samtidigt framhåller SVCK emellertid behovet av att — sedan dessa mera allmänt hållna överväganden framlagts — en konkretisering av aktuella problemställningar samt förslag till deras behandling framlägges. SVCK erinrar om att den i skrivelse av den 9 april 1962 till beredningen framhållit önskvärdheten av en kartläggning av rehabiliteringsklienteletets art och omfattning. Härtill vill SVCK framhålla behovet av en inventering av nu tillgängliga rehabiliteringsresurser. Härmed skulle ett behövligt underlag för en önskvärd ytterligare planering på området sannolikt kunna erhållas.

De vanföras riksförbund gör följande uttalande.

Beredningen har vid utformningen av förslaget till riktlinjer för rehabiliteringsorganisationen icke haft kontakt med de handikappades organisationer, vilket har väckt stor förvåning i dessa kretsar. I beredningen sitter icke heller någon ledamot, som kan förmedla de erfarenheter, som de enskilda handikappade har av den nuvarande rehabiliteringsverksamheten. Detta förhållande avspeglas på flera punkter i PM:an. DVR förutsätter att Kungl. Maj:t för det fortsatta arbetet inom beredningen kompletterar beredningen med representant för handikapporganisationerna.

Kommentar

Som framgår av ovanstående referat av yttrandena delar remissinstanserna allmänt CRB:s uppfattning om behovet av en snabb utbyggnad av rehabiliteringsverksamheten. Enighet råder även om att det i detta syfte är nödvändigt att utan dröjsmål skapa ökade resurser för forskning inom rehabiliteringsområdet och för den utbildning av rehabiliteringspersonal, som är en förutsättning för att organisationen skall kunna bemannas och verksamheten bedrivas på ett kvalitativt tillfredsställande sätt. CRB:s rekommendation av en prioritering av utbyggnaden av rehabiliteringsorganisationen på regionnivå — vid och i anslutning till regionsjukhusen — har framlagts för att dessa behov skall kunna tillgodoses utan allt för lång tidsutdräkt. Detta är ett huvudmotiv för framläggandet av promemorian på det tidiga stadium som skett.

En del remissinstanser har uttryckt sin tillfredsställelse med detta tillvägagångssätt och ansett att promemorian på ett överskådligt sätt givit uttryck åt de grundläggande principerna för rehabiliteringsorganisationens utformning och har i princip ingenting att erinra mot dessa. Andra har mot promemorian anfört att den är "alltför allmänt hållen", att den i flertalet avseenden inte ger några nya lösningar utan ansluter sig till synpunkter och förslag, som redan framförts av för rehabiliteringsverksamhetens olika sidor ansvariga myndigheter, samt att i promemorian icke framlagts något utredningsmaterial, ägnat att läggas till grund för mera ingående överväganden.

Det ligger enligt CRB:s mening i sakens natur att en promemoria, vars syfte är att ange principiella riktlinjer för rehabiliteringsorganisationen, måste vara "allmänt" hållen. Som anförts i promemorian har beredningen sett det som ett viktigt önskemål att en onödig likriktning av de organisatoriska förhållandena undvikas på ett så dynamiskt och under utveckling varande område som rehabiliteringsverksamheten. Det bör vara tillfyllest att — som minsta gemensamma nämnare — ange en allmän organisatorisk ram, inom vilken olika initiativ kan prövas och speciella lokala förhållanden beaktas. Icke heller har det varit CRB:s ambition att tillhandahålla förslag till nya lösningar av frågor, beträffande vilka redan goda lösningar eller förslag till sådana framkommit. Tvärtom har CRB ansett det som sin upp-

gift att i största möjliga utsträckning tillvarataga redan gjorda erfarenheter, befintliga resurser och framlagda programförslag inom sjuk-, social- och arbetsvård med de kompletteringar och jämkningar, som en ökad effektivitet och en nödvändig samordning kräver. I detta syfte har CRB i sin PM på flera punkter gett stöd åt medicinalstyrelsens VPM 1954 samt arbetsmarknadsstyrelsens arbetsvårdspolitiska program.

Beträffande otillräckligheten av det framlagda utredningsmaterialet anser även CRB det vara en allvarlig brist att exempelvis rehabiliteringsklienteletets omfattning och sammansättning samt resultaten av den bedrivna rehabiliteringsverksamheten varit föremål för särskilda undersökningar i så ringa grad som hittills varit fallet. Det framstår som ett primärt krav att utbyggnaden av organisationens olika delar kan baseras på vetenskapligt gjorda undersökningar av sådant slag och icke — så som hittills ofta skett — på mer eller mindre lösa antaganden. På initiativ av kommittén för partiellt arbetsföra verkställdes vid årsskiftet 1947/48 genom dåvarande arbetsmarknadskommissionens försorg en undersökning, omfattande 2,6 % av landets befolkning, för att få en bild av antalet fall med arbetshinder av skilda slag, i behov av särskilt stöd från samhällets sida genom arbetsvård eller sådana åtgärder, som avsåg att underlätta de partiellt arbetsföras inlemmande i arbetslivet. Någon storstad eller del därav ingick icke i undersökningen. Även i övrigt ansågs vissa faktorer — bl. a. den korta tid, som stod undersökarna till buds — ha begränsat undersökningens representativitet. Kommittén betraktade de framkomna siffrorna som minimisiffror och framhöll att problemet kunde väntas komma att oavslåtligen växa under de närmaste decennierna oavsett konjunkturen. Någon senare undersökning av motsvarande omfattning har knappast kommit till stånd. På vissa håll — bl. a. i Stockholms stad och i Östergötlands län — har dock särskilda undersökningar gjorts rörande arbetsvårdsbehovet. Beträffande den medicinska rehabiliteringen gäller att medicinalstyrelsen grundat sina rekommendationer på mycket approximativa beräkningar, varvid kännedomen om sjukdomsfrekvensen inom vissa områden fått tjäna till allmän vägledning. Frånvaron av en differentierad sjukdomsstatistik har givetvis försvårat en mera säker bedömning.

Under den gångna utvecklingsperioden då rehabiliteringsresurserna varit starkt begränsade, har frånvaron av ett mera säkert underlag för beräkningen av rehabiliteringsbehovet haft mindre betydelse; någon risk för överdimensionering av resurserna har i varje fall icke förelegat. Då någon samlad bedömning av den medicinska och den sociala rehabiliteringens behov icke gjorts, har dock inga garantier kunnat erhållas för en lämplig avvägning av resurserna inom organisationens olika delar. Då man nu, bl. a. som en konsekvens av den senaste stora socialförsäkringsreformen, står inför en utbyggnad och upprustning av hela rehabiliteringsverksamheten, förutsätter detta att myndigheter och huvudmän får tillgång till det

underlag av fakta, som en balanserad utveckling och samdimensionering kräver. I promemorian har beredningen starkt understrukt behovet av sådana utredningar. Det bör ankomma på vederbörande centrala myndigheter att tillhandahålla erforderligt tillförlitligt statistiskt material till grund härför. Svårigheten att kartlägga behoven på rehabiliteringsområdet får dock icke underskattas. Förändringar i fråga om sjukdomspanoramata, åldersfördelningen, näringsliv och arbetsmarknad samt utvecklingen på det sociala området och inom teknik och behandlingsmetodik återspeglas i rehabiliteringsklienteletets omfattning och sammansättning liksom även i fråga om behovet av rehabiliteringsresurser. Dessa förhållanden måste fortlöpende följas och nya undersökningar verkställas från tid till annan, om någorlunda riktiga prognoser skall kunna göras. Sannolikt förhåller det sig så att den komplicerade problematik, som det här är fråga om, har medverkat till att avhålla de ansvariga myndigheterna från att tidigare starkare engagera sig i utredningar av detta slag. I längden kan de emellertid icke undvaras.

KAPITEL 3

Bakgrund

Rehabiliteringsverksamhetens nya målsättning

Promemorian

Rehabiliteringsverksamhetens vidgade målsättning måste ses mot bakgrund av en ideologisk nyorientering i samhället. Enligt denna är det inte nog att trygga rätten till en minimiförsörjning för alla; härutöver krävs att varje samhällsmedlem beredes möjlighet att efter måttet av sina förutsättningar leva i social och kulturell gemenskap med andra och att göra en produktiv insats. För att detta mål skall kunna realiseras måste samhället vara inrättat så att även grupper med speciella behov — såsom åldringar, sjuka och handikappade — kan få dessa tillfredsställda. Detta innebär bl. a. att de medicinska och andra resurser måste stå till förfogande, som krävs för att de handikappade så långt det är möjligt skall kunna psykiskt, fysiskt, socialt och arbetsmässigt återvinna sin funktionsförmåga och leva ett aktivt liv. Det är härvid inte enbart fråga om en anpassning av individen utan också av samhället, t. ex. dess stads- och byggnadsplanering, bostädernas, skolornas, arbetsplatsernas och kommunikationernas utformning etc.

Den angivna målsättningen överensstämmer helt med den uppfattning som på senare år deklarerats i ett flertal i promemorian åberopade internationella dokument.

Utöver sitt syfte att tillgodose ett rättvisekrav har rehabiliteringen också en samhällsekonomisk och arbetsmarknadsmässig motivering. Denna har särskilt uppmärksamrats mot bakgrund av den stora efterfrågan på arbetskraft inom snart sagt alla områden, som under senare år gjort sig gällande.

Även för de handikappade, som icke kan tänkas bli i stånd till någon direkt arbetsinsats — bl. a. många åldringar och långtidssjuka — är en effektiv rehabiliteringsverksamhet av största värde främst av medicinska och humanitära skäl men även i syfte att underlätta för samhället att möta de växande krav på sjukvårdsorganisationen, som ökningen inom de högre åldersgrupperna av befolkningen kan väntas medföra.

Utan att anlägga snäva lönsamhetssynpunkter torde man rent allmänt kunna konstatera, att en god hälso-, sjuk- och socialvård (med däri ingående rehabiliteringsåtgärder) — utöver det humanitära värdet — i stor ut-

sträckning skapar sitt eget ekonomiska underlag. Särskilt har i samband med den 1962 beslutade socialförsäkringsreformen framhållits, att effektiva rehabiliteringsformer utgör det viktigaste botemedlet mot en ökad belastning på såväl sjukförsäkringen som förtidspensioneringen.

Remissyttrandena

Vad CRB anfört om rehabiliteringsverksamhetens allmänna målsättning har i princip rönt instämmanden från alla de remissinstanser som uttalat sig i denna fråga, bl. a. *medicinalstyrelsen, arbetsmarknadsstyrelsen, statens arbetsklinik, direktionen för karolinska sjukhuset, 1961 års sjukförsäkringsutredning, Svenska landstingsförbundets styrelse, Uppsala läns landstings hälso- och sjukvårdsstyrelse, Jönköpings läns landstings sjukvårdsstyrelse, förvaltningsutskotten i Kalmar läns norra landsting, Gotlands läns landsting och Värmlands läns landsting, landstingets sjukhusdirektion i Västerås, Svenska stadsförbundets sjukvårdsdelegation, arbetsvårdschefen i Stockholms stad, sjukvårdsdirektören i Göteborg, SAF, LO, TCO, Sveriges läkarförbund, Svensk sjuksköterskeförening, Folksam, SVCK, Kvinnoorganisationernas stiftelse till stöd åt handikappade husmödrar, Hörselfrämjandets riksförbund samt Svenska industriläkarföreningen, som särskilt understryker vikten av att på bästa sätt ta vara på all den arbetskraft, som kan stå till förfogande inför de närmaste decenniernas utveckling.*

Kronobergs läns landstings förvaltningsutskott (vars yttrande utarbetats av direktionen för centrallasarettet i Växjö), har dock ifrågasatt om definitionen på rehabilitering bör göras så vid att även långtidssjukvården innefattas däri och har härom anfört följande.

Såvitt lasarettsdirektionen fattat rätt, bör väl i begreppet rehabilitering ligga försök till återinpassande av en fysiskt eller psykiskt sjuk individ i samhället, så att vederbörande kan göra en samhällsnyttig insats. Om denna målsättning inte kan uppfyllas helt eller delvis, så är det ej längre fråga om rehabilitering utan om långtidsvård.

Kommentar

Då den av CRB angivna målsättningen för rehabiliteringsverksamheten synes allmänt ha accepterats, föreligger knappast anledning att närmare kommentera denna punkt utom vad avser det ovan angivna uttalandet av Kronobergs läns landstings förvaltningsutskott. Detta ger CRB anledning att ytterligare understryka att till rehabilitering enligt beredningens mening är att hänföra alla medicinska och andra åtgärder som krävs för att en handikappad person skall kunna *så långt det är möjligt* psykiskt, fysiskt, socialt och arbetsmässigt återvinna sin funktionsförmåga och leva ett aktivt liv. Även de åtgärder inom långtidsvården, som har till syfte att bi-

draga till en funktionsförbättring och aktivisering — t. ex. sjukgymnastik, arbetsterapi, ADL-träning, tekniska anordningar av skilda slag — är sålunda enligt beredningens definition att hänföra under begreppet rehabilitering. Beredningen ansluter sig i detta hänseende till följande uttalanden i det av 1960 års arbetsterapeututredning avgivna betänkandet om utbildning av arbetsterapeuter (SOU 1962:50, s. 16 ff.).

Rehabiliteringens syfte är att återföra individen till bästa möjliga fysiska och psykiska hälsa samt optimal aktivitet och anpassning till omvärlden. — Som framgår av denna definition innefattar rehabiliteringens syfte dels en medicinsk målsättning, dels en social målsättning. Det sålunda angivna syftet kan visserligen sägas vara detsamma för medicinsk vård och i viss mån för sociala hjälpåtgärder överhuvudtaget. Det för rehabiliteringen härvidlag specifika är emellertid, att de där ingående åtgärderna så medvetet inriktas på ett kombinerat medicinskt och socialt mål och att åtgärderna gemensamt syftar till ett fullständigt uppföljande av vårdfallet i såväl medicinskt som socialt hänseende.

Ej sällan sättes likhetstecken mellan rehabilitering och återanpassning i arbete. Med avseende på en betydande del av rehabiliteringsklientelet kan sistnämnda uttryck sägas svara mot rehabiliteringens syfte. Kanske vill det också synas som återanpassning i arbete är den från såväl ekonomisk som social synpunkt viktigaste formen av och syftet med rehabiliteringen. Likväl utgör återanpassning i arbete dock endast en del av ett vidare syfte. I åtskilliga fall har rehabiliteringen en mer begränsad målsättning, exempelvis att en patient sättes i stånd att helt eller delvis klara sin dagliga personliga livsföring, ehuru utan egentlig produktiv insats. Även en sålunda begränsad rehabilitering kan representera betydande ekonomiska och humanitära värden.

Överhuvudtaget ligger det enligt CRB:s mening en väsentligt större fara i att ge rehabiliteringsbegreppet en alltför inskränkt innebörd än i att ge det en vidsträcktare omfattning. Som framhållits i ett annat avsnitt av promemorian anser CRB även åtgärder av förebyggande art samt åtgärder inom den allmänna samhällsplaneringen, avsedda att underlätta en så vitt möjligt självständig tillvaro för sjuka och handikappade, falla inom rehabiliteringsområdet. Genom det förstnämnda slaget av åtgärder kan antalet handikappade och därmed antalet rehabiliteringsfall väsentligt nedbringas och genom det sistnämnda kan rehabiliteringen i det enskilda fallet nå ett resultat, som annars icke vore möjligt. Denna vida tolkning av rehabiliteringsbegreppet har alltmera gjort sig gällande i den internationella synen på problemen. Detta framgår bl. a. av att nionde internationella rehabiliteringskongressen i Köpenhamn 1963 konsekvent upplagts med utgångspunkt från ett sådant betraktelsesätt.

Med denna syn låter sig väl förena att endast en del av rehabiliteringsverksamheten behöver vara förlagd till speciella rehabiliteringsinstitutioner — rehabiliteringskliniker, träningsverkstäder, socialmedicinska institutioner etc. Samordningen av verksamheten vid dessa olika institutioner inbördes och med annan samhällsverksamhet är fundamental för rehabiliteringens effektivitet.

Hittillsvarande utveckling av medicinsk rehabilitering och arbetsvård

Promemorian

De former av rehabiliteringsverksamhet, som successivt vuxit fram inom sjukvård, arbetsvård och socialvård, har länge utvecklats från skilda utgångspunkter såsom i förhållande till varandra relativt fristående aktiviteter. Det är därför naturligt att de icke utan vidare låter sig sammanmältas till ett organisatoriskt helt.

Fram till andra världskriget inskränkte sig de medicinska insatserna i fråga om eftervård och invalidvård huvudsakligen till en passiv konvalescentvård. Härtill kom olika former av socialt omhändertagande, ekonomiskt stöd o. dyl. Endast för en del grupper av handikappade förelåg — från början på enskilt initiativ tillkomna — möjligheter till utbildning i ett litet antal yrken, främst vissa hantverksyrken.

Först i samband med vården av krigsskadade i de länder, som deltog i andra världskriget, började man i större skala tillämpa metoder för en systematisk fysisk och psykisk uppträning, understödd av fysikalisk och annan terapi. Man införde även metoder för en objektiv bedömning av patienternas funktions- och arbetsförmåga och försökte — om möjlighet därtill förelåg — att på olika sätt stimulera och underlätta deras återgång till produktiv sysselsättning. Hela detta tillvägagångssätt sammanfattade man i ordet "rehabilitation" eller rehabilitering.

De erfarenheter, som sålunda vunnits, har man sökt tillgodogöra sig även i andra länder. I Sverige liksom annorstädes har den medicinska utvecklingen medfört, att tidigare vid speciella institutioner meddelad vård för vissa grupper av sjuka och handikappade mer och mer integrerats med den allmänna lasarettsvården. I samband härmed har frågan om att inom ramen för denna väsentligt mera än hittills söka tillgodose behovet av rehabilitering fått särskild aktualitet.

Denna fråga togs upp till behandling av medicinalstyrelsen i dess förut nämnda, efter samråd med bl. a. styrelsens huvudmannaråd, arbetsmarknadsstyrelsen och styrelsen för statens arbetsklirik, 1954 avgivna VPM angående behovet av och resurserna för en utbyggd medicinsk rehabiliteringsverksamhet inom lasarettsvården. I denna rekommenderades sjukvårdshuvudmännen att inrätta särskilda rehabiliteringskliniker vid centrallasaretten. En del initiativ har sedermera tagits för att förverkliga en sådan organisation. Osäkerhet om klinikernas arbetsuppgifter och därigenom också om kompetenskraven för de läkare, som skulle förestå dem, samt knappheten på personal med erforderlig utbildning för denna nya verksamhet har — liksom finansieringsproblemen — emellertid verkat återhållande på en på många håll planerad utbyggnad. De rehabiliteringskliniker, som hittills trätt i funktion i Sverige, har endast varit verksamma under en relativt kort tid och har haft begränsade uppgifter och resurser.

Rehabiliteringsfrågorna hade i Sverige tidigare främst uppmärksammats från den sociala sidan, varvid den statliga arbetsförmedlingen kompletterats med en särskild organisation för arbetsvården. Kommittén för partiellt arbetsföra utredde i en rad betänkanden redan under 1940-talet hithörande frågor och framlade ett flertal förslag, som legat till grund för utbyggnaden inom arbetsvården, anordnandet av institutioner för arbetsträning och skyddad sysselsättning m. m. På dess initiativ tillkom även den sedan 1952 bedrivna statens arbetsklirik i Stockholm, till vilken mera komplicerade arbetsvårdsfall remitterats för en systematisk arbetsprövning.

En översyn av de sålunda framvuxna rehabiliteringsformerna måste ha till utgångspunkt den tidigare angivna principen att rehabiliteringen i varje enskilt fall skall kunna bedrivas som en enhetlig och kontinuerlig process utan skarpa gränsdragningar mellan skilda vårdformer.

Remissyttrandena

I fråga om den hittillsvarande utvecklingen av medicinsk rehabilitering och arbetsvård uttalar *arbetsmarknadsstyrelsen* att medicinalstyrelsen och arbetsmarknadsstyrelsen — alltsedan arbetsvården började utvecklas på 40-talet — varit helt ense om en gränsdragning, som till den yrkesmässiga sidan hänför alla icke medicinska åtgärder av förberedande och direkt natur, som är erforderliga för att inlemma partiellt arbetsföra i produktionen. Som exempel på arbetsvårdande åtgärder anges arbetsprövning, arbetsträning, arbetsberedning, yrkesutbildning, s. k. skyddad sysselsättning och näringshjälp.

Medicinalstyrelsen hävdar att även om gränsdragningen mellan dessa tvenne områden många gånger kan vara svår att angiva, kan som en allmän regel konstateras, att den medicinska rehabiliteringen samt rehabiliteringen inom arbets- och socialvård möts inom arbetsprövningen.

Övriga remissyttranden som kan hänföras till detta avsnitt behandlar observerade brister i den hittillsvarande rehabiliteringsverksamheten och dess resurser, varvid dessa brister stundom direkt tillskrives den gränsdragning, som gjorts mellan den medicinska och den yrkesmässiga rehabiliteringen.

Direktionen för karolinska sjukhuset framhåller följande.

Rehabilitering och därmed sammanhängande problem har under senare år tilldragit sig allt större intresse och ett flertal myndigheter har i olika sammanhang framfört synpunkter på rehabiliteringens idé och praktiska utformning. Trots dessa utslag av intresse för rehabiliteringens planering har föga åstadkommit i vårt land för rehabiliteringens förverkligande. Till en del torde detta sammanhånga med att läkarna varit villrådiga om hur den medicinska rehabiliteringen skall organiseras samt omfattningen och avgränsningen av rehabiliteringen som en medicinsk specialitet. Hittills har medicinska specialiteter vuxit fram

som en direkt följd av utvecklingen och en avgränsning mellan specialiteterna skett när detta visat sig praktiskt möjligt och önskvärt. Något sådant har inte skett i vårt land beträffande rehabiliteringen. Till en del torde personalbrist ha bidragit härtill. Återhållsamheten i fråga om anslag för verksamheten är en annan orsak.

Det är lätt att konstatera diskrepansen mellan å ena sidan vad som skrivits om rehabiliteringens betydelse och å andra sidan de medel, som tilldelats sjukvården för utveckling av rörelseterapi, arbetsterapi och kuratorsverksamhet, vilket icke minst vid Karolinska sjukhuset försvårat och i vissa fall omöjliggjort ett förverkligande av även blygsamma initiativ på detta område.

LO accepterar principen att rehabiliteringen bör bedrivas som en enhetlig och kontinuerlig process och framhåller att man från läkarhåll vid olika tillfällen klargjort betydelsen av att någon tidsspillan icke uppstår mellan den av sjukdomen direkt föranledda medicinska behandlingen och rehabiliteringen. En sådan kontinuerlig behandling av de sjuka har många gånger försvårats därför att erforderliga resurser icke stått till förfogande.

Även om rehabiliteringen skulle vara enhetlig och kontinuerlig, anser LO det vara värdefullt att söka bestämma i varje fall två av dess huvudmoment, som såvitt LO kan finna består i medicinsk rehabilitering och yrkesmässig rehabilitering, vilken i vårt land kallas arbetsvård.

I ett av *Svenska läkaresällskapet* överlämnat yttrande från dess *sektion för åldersforskning* åberopas en undersökning av polikliniskt kirurgklientel, som gjorts i Norrköping, vari påvisades att många patienter hann bli neurotiserade, understödstagare och i vissa fall även alkoholiserade under den långa tid, som de fick gå arbetslösa utan särskild rehabiliteringsbehandling.

Svenska industriläkarföreningen framhåller nödvändigheten av målmedvetna strävanden för att finna former för praktiskt fungerande rehabilitering med ständigt aktgivande på medicinska motiveringar, vilket utgör ett realistiskt medel för att följa individen från tidpunkten för den försämrade arbetsförmågan ända tills en uppföljning visat att en återanpassning de facto ägt rum.

Föreningen hoppas, att de i promemorian skisserade vägarna skall undanröja mycket av de nuvarande förhållanden, som industriläkarna på fältet med beklagande observerar. Dessa missförhållanden beskrivs på följande sätt.

I många av de samhälleliga stödåtgärderna ligger en stor risk i så måtto, att missanpassade individer av varierande slag utsättes för ett intensivt omhändertagande av olika sociala organ. Under en lång tid vänjes de under ett intensivt omhändertagande mer eller mindre fullständigt av med egen aktivitet och eget initiativ. Specialister av olika slag gör bedömningar och beslut utanför deras egen referensram och de dirigeras mer eller mindre viljelöst fram mot ett slutmål som de själva ej aktivt medverkat till.

Dessa intensiva stödåtgärder upphör i många fall mycket abrupt och individen lämnas åt sig själv för att på eget initiativ ta sin framtid i egna händer. Detta sker inom många områden, sjukvård, arbetsvård, fångvård, alkoholistvård m. m.

Resultatet härav blir enligt föreningens erfarenhet ofta helt orealistiska försök till arbetsplacering och omskolning. Genom bristen på integration blir de dyrbara insatser som görs ofta resultatlösa.

Folksam anser att förklaringen till den otillräckliga helhetsbild som man för närvarande har av rehabiliteringsbehoven delvis även kan ligga i den boskillnad som gjorts mellan medicinsk och yrkesmässig rehabilitering.

1958 års socialförsäkringskommitté uttalade i maj 1961 i sitt betänkande om förtidspensionering m. m. att en "viktig förutsättning för rehabiliteringsverksamhetens effektivisering är att den medicinska rehabiliteringen och arbetsvården samordnas. Redan tidigare har framhållits att de olika stadierna i rehabiliteringen griper över varandra i sådan grad, att varje boskillnad dem emellan verkar hämmande och försvärande".

I sitt remissyttrande av den 28 september 1961 över detta betänkande anslöt sig *Folksam* till socialförsäkringskommitténs uttalande genom att understryka, att en viktig förutsättning för rehabiliteringsverksamhetens effektivisering är att den medicinska rehabiliteringen och arbetsvården integreras och att det är nödvändigt att samarbetet mellan företrädarna för dessa båda sidor av rehabiliteringen intensifieras och förbättras.

SVCK är i princip av samma uppfattning som beredningen att den medicinska rehabiliteringsverksamheten och arbetsvården hittills utvecklats relativt oberoende av varandra och att kontinuiteten i rehabiliteringsförloppet därigenom icke sällan blivit lidande.

De vanföras riksförbund påtalar att det har visat sig att såväl sjuk- som arbetsvårdande organ släppt kontakten med de invalidiserade, när man ansett att det för dagen icke funnits möjlighet att hjälpa vederbörande eller den invalidiserade icke kunnat acceptera de åtgärder som föreslagits.

Förbundet framhåller vidare att distriktsläkare och -sköterskor på många håll icke känner till de hjälpåtgärder, som samhället ställt till förfogande för invalidiserade.

Svenska föreningen för psykisk hälsovård anser det beklagligt att rehabiliteringsforskningen och utbyggandet av rehabiliteringsorganisationen ej kunnat ske i tid och i hastigare takt, så att man redan nu haft större möjlighet att möta de redan påtagliga, ständigt växande rehabiliteringsbehoven.

Kommentar

Promemorians framställning av den hittillsvarande utvecklingen av rehabiliteringsorganisationens olika delar är ytterst kortfattad och huvudsakligen inriktad på att påvisa, hur i Sverige organisationen för den medicinska rehabiliteringen och organisationen för arbetsvården kommit att utvecklas var för sig från delvis skilda utgångspunkter.

I flera av remissyttrandena har i anslutning härtill påvisats brister i den rehabiliteringsorganisation som sålunda vuxit fram och i verksamheten sådan den hittills bedrivits, vilka bl. a. resulterat i för sent insatta, splittrade samt otillräckligt övervägda och fullföljda rehabiliteringsåtgärder i det enskilda fallet.

Även CRB har kunnat konstatera allvarliga brister i den nuvarande rehabiliteringsverksamheten, särskilt i vad avser konsekvensen och kontinuiteten i behandlingen. CRB har emellertid utgått ifrån att de konstaterade bristerna, vilka bl. a. föranlett beredningens uppdrag, varit väl kända för de myndigheter och organ, som haft ansvaret för verksamheten, och har därför icke ansett nödvändigt att inom ramen för sin promemoria lämna en detaljerad redovisning i detta hänseende. I den mån under remissbehandlingen invändningar rests mot de förslag i promemorian, som syftar till att undanröja berörda brister i den nuvarande verksamheten, anser sig beredningen dock i det följande böra närmare ingå på de fakta och förhållanden som legat till grund för reformförslagen.

Allmänt gäller enligt CRB:s mening att de ovan konstaterade bristerna inte enbart beror på otillräckliga och ojämnt utbyggda resurser utan även bottnar i en otillfredsställande samordning mellan organisationens olika delar, delvis beroende på en historiskt betingad strävan att upprätthålla en fixerad gräns mellan den medicinska och den arbetsmässiga rehabiliteringen. Även om önskemålet om en klar linje i fråga om den administrativa ansvarsfördelningen för olika delar av verksamheten mellan skilda myndigheter och organ i och för sig kan vara berättigat, får det självfallet icke leda till en sådan splittring av rehabiliteringsprocessen att verksamhetens resultat äventyras. Otillräckliga och ojämnt utbyggda resurser bidrar naturligtvis till att försvåra samordningen av olika åtgärder. Ökade resurser inom olika delar av verksamheten innebär dock icke i och för sig någon garanti för en förbättrad samordning. En sådan kräver speciella, härpå inriktade överväganden med utgångspunkt från en helhetssyn på rehabiliteringsverksamheten.

Arbetsmarknadsstyrelsens ovan återgivna yttrande i vad avser gränsdragningen mellan medicinsk och yrkesmässig rehabilitering kan enligt beredningens mening leda till en splittring av rehabiliteringsverksamheten, som kan verka funktionsstörande. Medicinalstyrelsens uttalande att "gränsdragningar mellan dessa tvenne områden många gånger kan vara svåra att ange" men att som allmän regel kan konstateras "att den medicinska reha-

biliteringen samt rehabiliteringen inom arbets- och socialvård mötas inom arbetsprövningen" överensstämmer bättre med CRB:s uppfattning.

Andra remissorgan har framfört varierande uppfattningar rörande en eventuell gränsdragning, vilka återges i anslutning till senare avsnitt av promemorian.

Här berörda gränsdragnings- och samordningsfrågor är icke ett för den svenska utvecklingen av rehabiliteringsverksamheten speciellt problem utan har uppmärksammats i flertalet länder, där man håller på att bygga upp en rehabiliteringsorganisation. Av särskilt intresse är härvid en jämförelse med utvecklingen i Storbritannien, vilken erbjuder intressanta paralleller till den svenska.

Rehabiliteringserfarenheterna under andra världskriget föranledde i Storbritannien tillsättandet av den s. k. Tomlinson-kommittén, vars 1943 avgivna rapport (Report of the Inter-departmental Committee on the Rehabilitation and Resettlement of Disabled Persons) spelat samma roll för organisationen av den engelska rehabiliteringsverksamheten som de under 1940-talet av kommittén för partiellt arbetsföra avgivna betänkandena spelat för organisationen i Sverige.

Den engelska organisationen har sedermera varit föremål för översyn av den s. k. Piercy-kommittén, som 1956 avgav ett betänkande (Report of the Committee of Inquiry on the Rehabilitation, Training and Resettlement of Disabled Persons), utmynnande i 46 rekommendationer.

I betänkandet konstateras bl. a. (sid. 20) — när det gäller relationen mellan de medicinska och de yrkesmässiga rehabiliteringsinstitutionerna — att själva kärnpunkten i kritiken varit att den medicinska och den yrkesmässiga rehabiliteringsverksamheten inte vuxit fram efter en ko-ordinerad plan och att detta resulterat i onödiga hinder för en smidig samverkan i det dagliga praktiska arbetet.

I betänkandet anföres vidare: Denna separata utveckling av de båda verksamhetsgrenarna är kanske oavsiktlig men kan också ha sin rot i Tomlinson-rapporten själv. Denna rapport skilde på medicinsk rehabilitering och "post-hospital" rehabilitering. Ehuru möjligheten att de delvis kunde sammanfalla förutsågs, är rapporten skriven med utgångspunkt från att en gränslinje kan uppdragas mellan dem; skilda kapitel behandlar den medicinska rehabiliteringen och den post-hospitala rehabiliteringen och rekommendationer har gjorts i slutet under dessa båda skilda rubriker. Det har tydligen framgått av Piercy-kommitténs undersökningar att det ofta är svårt att i det individuella fallet dra en linje där medicinsk rehabilitering slutar och yrkesmässig (dvs. icke medicinsk) rehabilitering börjar. Detta framgick icke blott av angivna yttranden utan också under de besök vid centra för yrkesmässig rehabilitering och rehabiliteringscentra vid sjukhus, som avlades av kommittén. Brittiska läkarsällskapet sammanfattar förhållandet på följande sätt:

Om rehabiliteringen skall kunna baseras på den enskilde patienten som individ, måste processens enhet och kontinuitet accepteras. Det är för praktiska ändamål lämpligt att tala om tre stadier — akut sjukdom, konvalescens och "resettlement".¹ Det måste emellertid stå klart att dessa stadier flyter in

¹ Termen "resettlement" täcker i rapporten såväl beredande av anställning åt handikappade (inkluderande follow-up för att konstatera effektiviteten i arbetsplaceringen) som åtgärder för att socialt återanpassa andra handikappade — såsom husmödrar — vilka icke utövar yrkesverksamhet utanför hemmet.

i varandra. — Principen om rehabiliteringens odelbarhet strider mot tendensen att skilja mellan medicinsk rehabilitering och yrkesmässig rehabilitering. — Medicinsk tillsyn är fortfarande nödvändig sedan den aktiva medicinska behandlingen fullföljts.

Kommittén accepterar därför som en fundamental princip att rehabiliteringsprocessen måste uppfattas, inte såsom naturligt eller i huvudsak fördelad på särskilda stadier, utan som en enda process, vari tyngdpunkten i begynnelsen ligger på de medicinska aspekterna och mot slutet på arbetsaspekterna.

När, som sannolikt är nödvändigt, rehabiliteringsprocessen fördelas på två eller flera olika organ måste dessa fungera tillsammans så att kontinuiteten i rehabiliteringsprocessen bevaras för varje rehabiliteringspatient. Detta betyder inte att samma läkare måste följa varje patient under hela processen.

Sina praktiska slutsatser med anledning av dessa överväganden sammanfattar Piercy-kommittén i fem rekommendationer syftande till att skapa en bättre balans mellan rehabiliteringsorganisationens medicinska och yrkesmässiga resurser samt ett intimare samarbete mellan sjukhusens rehabiliteringsverksamhet och de yrkesmässiga rehabiliteringsinstitutionerna. I anslutning härtill framhålles att vissa faktorer synes föreligga, som pekar på en högre grad av prioritet under den närmaste framtiden för den medicinska sidan av rehabiliteringsverksamheten. Antalet personer, som behöver någon form av rehabiliteringsåtgärder, är större på sjukhussidan, och dock har sedan Tomlinson-rapporten publicerades utbyggnaden av sjukhusens rehabiliteringsverksamhet relativt sett varit av mindre omfattning än utbyggnaden av den yrkesmässiga rehabiliteringen. Det finns sålunda relativt sett ett avsevärt underskott som behöver utjämnas på sjukhussidan, och kommittén rekommenderar att större delen av de statliga resurser för investeringar, som under den närmaste framtiden kan avsättas till rehabiliteringsändamål, satsas på sjukhussidan.

Kommittén rekommenderar att alla nyanläggningar av centra för yrkesmässig rehabilitering såväl som centra för medicinsk rehabilitering planeras med tanke på resurserna och behoven hos den andra institutionen. Bl. a. är det viktigt att vidta åtgärder för att underlätta utbyte av klienter mellan den ena institutionen och den andra.

I följande avsnitt går Piercy-kommittén in på frågan om den grundläggande principen om kontinuiteten i rehabiliteringsprocessen gör det behövt att sammanföra sjukhusens rehabiliteringsavdelningar och de yrkesmässiga rehabiliteringscentra till ett och samma ställe. Det konstateras att åsikterna skiljer sig på denna punkt. En del ser en fördel i att ha sjukvårdsstadiet och den yrkesmässiga rehabiliteringen klart åtskilda genom att konsekvent hålla dessa aktiviteter helt och hållet isär, andra anser att en nära förening av de båda verksamhetsformerna inte bara skulle utgöra ett konkret uttryck för den grundläggande principen om kontinuiteten utan också skulle underlätta dess reella förverkligande.

Ett sådant kombinerat centrum skulle stå i samband med och förläggas så nära som möjligt intill ett allmänt sjukhus men behövde icke utgöra en del av detta. Det skulle inom ramen för sin verksamhet inrymma många olika slag av behandlingsmöjligheter. Rehabiliteringsresurserna skulle inkludera en verkstad för arbetsterapi, som skulle utgöra en del av sjukhusväsendet, och en industriell verkstad, som skulle utgöra en del av den yrkesmässiga rehabiliteringen under arbetsministeriet. Två intill varandra liggande institutioner av detta slag skulle göra det lätt att hänvisa rehabiliteringsfallen till den för dem mest lämpliga terapeutiska aktiviteten. Det skulle vara särskilt nyttigt att ha tillgång till de tyngre formerna

av industriell rehabilitering för manuell arbetskraft som har att genomgå en period av sjukhusvård. Specialistservice skulle vara lätt tillgänglig och fysioterapi och sjukgymnastik skulle tillhandahållas av sjukhusen inom deras vanliga verksamhet. Det skulle också finnas gemensamma resurser för arbetsprövning tillhandahållen av — och kanske med därav följande personalbesparing — sjukhusväsendet och arbetsministeriet gemensamt. En sådan arbetsprövningsverksamhet, inrymd i intill varandra gränsande egna lokalar, skulle ägna sig åt att utvälja rehabiliteringsfall, ordinera de rätta behandlingsprogrammen för dem, övervaka deras framsteg och avge en slutlig rekommendation beträffande deras slutliga verksamhet. Det skulle sannolikt vara lämpligast att organisera dessa varierade serviceanordningar som en dagvård men någon form av internat skulle vara till nytta för dem som har lång väg, även om de endast kommer för arbetsprövning. En organisation upplagd på denna breda bas kan beskrivas som en fullständig rehabiliterings- och arbetsprövningscentral.

Kommittén betraktar detta som en logisk utveckling av principen om kontinuitet i rehabiliteringsprocessen. Då inga existerande institutioner helt motsvarar det sålunda skisserade centret och då kommittén förutser vissa svårigheter, t. ex. vid förläggningen, när det gäller att utveckla sådana, har kommittén stannat vid att tills vidare rekommendera att en del av de resurser, som kan stå till förfogande för utveckling av rehabiliteringsverksamheten, skall anslås till uppförande av två eller tre fullständiga rehabiliterings- och arbetsprövningscentraler av ovan angivet slag.

CRB har så utförligt refererat Piercy-rapporten i denna del för att belysa den utveckling mot en helhetssyn på rehabiliteringsorganisationen, som ägt rum i Storbritannien, där man förvärvat långvarig och ingående erfarenhet av hithörande problem.

Likartade synpunkter på samordningsfrågorna kommer till uttryck i de internationella dokument, som utfärdats av FN:s olika topporgan med uppgifter avseende rehabiliteringsverksamheten. Då dessa dokument skall äga tillämpning inom länder på mycket olika utvecklingsnivåer och med mycket skilda organisationsformer kan dock deras rekommendationer stundom ge utrymme för ganska skiftande tolkningar när det gäller den konkreta tillämpningen inom respektive länder. Detta gäller bl. a. den av arbetsmarknadsstyrelsen i dess remissyttrande åberopade ILO-rekommendationen (nr 99) ang. arbetsvård för partiellt arbetsföra, vilken utfärdats 1955. I punkt 1 a) av rekommendationen hänföres till den *yrkesmässiga rehabiliteringen* "den del av den fortsatta och samordnade rehabiliteringsprocessen, vilken innefattar sådana arbetsmarknadsåtgärder — t. ex. yrkesvägledning, yrkesutbildning och arbetsberedning — som är ägnade att möjliggöra för de partiellt arbetsföra att erhålla och behålla lämpligt arbete". Under punkt 4 anges att yrkesvägledningsprocessen — utom en rad andra uppräknade åtgärder — innefattar

- g) fastställande av fallenhet samt möjligheterna att utveckla vederbörandes färdigheter genom lämplig arbetsträning eller arbetsprövning eller genom andra liknande metoder;

- h) tekniska lämplighetsprov genom verbala eller andra metoder i fall då dylika synas påkallade;
- i) analys av vederbörandes fysiska förmåga i förhållande till kraven inom olika yrken samt möjligheterna att höja denna förmåga.

I punkt 26 konstateras behovet av största möjliga samordning mellan organen för medicinsk och yrkesmässig rehabiliteringsverksamhet, varvid som ett av syftena härmed speciellt anges fastställande av arbetskapaciteten. I punkt 16 framhålls att det administrativa ansvaret för den allmänna organisationen och utvecklingen bör anförtros en myndighet eller gemensamt åvilda de myndigheter, som har ansvaret för olika i programmet angivna uppgifter, varvid det bör ankomma på en av dessa myndigheter att i första hand svara för samordningen.

Den av WHO tillsatta expertkommittén för medicinsk rehabilitering har i sin 1958 avgivna första rapport starkt understrukt rehabiliteringsprocessens enhetlighet och nödvändigheten av samordnade åtgärder för att garantera dess kontinuitet. Under punkt 4.1 anges den medicinska rehabiliteringens syfte vara att utveckla den handikappades fysiska och mentala funktioner till deras maximum. Där framhålls vidare att *den medicinska rehabiliteringens syften* i mera specificerad mening icke endast är "fysisk bot" utan "social bot". Detta innebär följande

- a) att återställa individen till hans tidigare arbete eller
- b) att förbereda honom för annat heltidsarbete eller
- c) att förbereda honom för deltidsarbete eller skyddad sysselsättning eller
- d) att återge honom förmåga att klara sig själv i det dagliga livet.

I rapporten framhålls vidare att man i rehabiliteringsverksamheten kan skilja mellan tre slag av fall. Den första typen är patienten, som efter viss medicinsk vård, psykoterapi, sjukgymnastik etc., kan återvända till sitt normala arbete och sitt normala liv. Den andra typen är patienten med ett stabiliserat handikapp av den art att det permanent måste influera hans liv och som därför, utöver sådana specifika medicinska rehabiliteringsåtgärder som ovan nämnts, också behöver hjälp i fråga om undervisning, yrkesutbildning och i socialt avseende. Den tredje typen är patienten vars sjukdom eller handikapp antingen är progredierande (går mot en försämring) eller har tendens att variera i omfattning och effekt under olika tider. Denne patient behöver inte bara samma slag av hjälp som patienten av typ 2 utan måste efter det att han installerats i arbete ofta ha fortsatt hjälp av det ena eller andra slaget, kontinuerligt eller intermittent under återstoden av sitt liv. Det är emellertid inte lätt att i förväg skilja mellan patienter av den andra och den tredje typen. Inte heller de patienter som

övergår till annat arbete än tidigare och de patienter som återvänder till sitt tidigare arbete och liv med ett bestående handikapp kan betraktas som definitivt återanpassade förrän avsevärd tid förflutit, under vilken de kan anpassa sig till de nya omständigheterna. Ibland kan sådana patienter ha varaktiga anpassningssvårigheter och därför behöva samma kontinuerliga hjälp som den tredje typen (i form av medicinska, sociala eller andra åtgärder).

En jämförelse mellan ILO:s rekommendationer och uttalandena av WHO:s expertkommitté vittnar klart om att den medicinska rehabiliteringens och den yrkesmässiga rehabiliteringens utgångspunkter och syften är gemensamma och kräver en integrerad verksamhet.

I en rapport från en europeisk teknisk konferens, som organiserats av WHO:s regionala byrå för Europa 1959, har också dessa problem behandlats, varvid bl. a. beskrivits organisationsformer i olika länder när det gäller rehabilitering och prövning av arbetsförmågan av handikappade. Stort utrymme har där ägnats utvecklingen i Rumänien och de principer som därvid varit vägledande för att uppnå en bättre integration av rehabiliteringsåtgärderna med starkare garantier för de medicinska synpunkternas beaktande icke minst vid arbetsprövningen.

Beträffande de senaste årens utveckling inom de nordiska länderna kan i fråga om samordningsproblemen särskilt erinras om att i Danmark 1960 antagits en speciell lag om revalidering, vars bestämmelser tar sikte på en samordning av rehabiliteringsverksamhetens olika sidor genom särskilda administrativa organ — revalideringscentra — för olika delar av landet, vilka bl. a. svarar för registrering och remittering av rehabiliteringsfallen samt kostnader i samband med rehabiliteringen. En dansk läkarkommitté har i ett i juli 1963 avgivet betänkande (Ugeskrift for Laeger nr. 48, 29 november 1963) behandlat en rad problem om läkarnas medverkan i "revalideringsprocessen". De har därvid uttryckt betänkligheter mot skapandet av särskilda medicinska behandlingsinstitutioner i form av arbetskliniker. I stället bör enligt deras mening den offentligt organiserade och finansierade behandlingsapparat, som redan finns, utnyttjas (och utbyggas, om detta är nödvändigt). Härvid skulle de industriella resurserna vid vissa i revalideringslagen nämnda institutioner tillsammans med sjukhusens fysiurgiska behandlingsapparat kunna komma till användning. Kommittén ansluter sig till ett uttalande av ordföranden i "samordningsudvalget for revalidering", enligt vilket ett sjukhus mycket väl kan tänkas bygga ut sin fysiurgiska avdelning så att man erhåller, icke en egentlig arbetsklínik, men en utbyggd fysiurgisk avdelning, där man ambulat bereder tillfälle till arbetsanpassning i vidare omfattning än man gör i dag.

I en nyligen verkställd utredning har i Finland uppdragits riktlinjer för att under ett särskilt centralt organ — Folkpensionsanstalten — sammanföra ansvaret för olika former av rehabiliteringsverksamhet på sådant sätt att det

enskilda rehabiliteringsfallet (speciellt svårare sådana fall) garanteras en mera enhetlig och kontinuerlig behandling. I utredningen konstateras bl. a. att rehabiliteringsprocessens uppdelning på åtgärder, fördelade mellan organ som tillkommit för att tillgodose andra "allmänsamhälleliga syften", lätt kan leda till att i synnerhet de s. k. svåra rehabiliteringsfallen icke tillräckligt uppmärksammas utan hamnar på sidan av "övannämnda allmänna verksamhetsformer". En parlamentarisk kommitté arbetar f. n. med att uppgöra konkreta förslag för att förverkliga de sålunda uppdragna riktlinjerna.

Även i Norge har utvecklingen gått i riktning mot en helhetssyn på den medicinska och den yrkesmässiga rehabiliteringen, vilket klart kommer till uttryck i Lærebok i Attføring. Denna bok utgavs år 1963 av Sentralrådet for Yrkesvalghemmede, i viss mån motsvarighet till centrala rehabiliteringsberedningen i Sverige. Av särskilt intresse när det gäller Norge, där man omedelbart efter andra världskriget startade fristående s. k. attføringsinstitutt, är att man numera även inrättat socialmedicinska avdelningar vid vissa sjukhus, vilka anförtrots viktiga rehabiliteringsuppgifter. Också i detta land är sålunda sjukhusansluten rehabiliteringsverksamhet under utveckling.

I en del av remissyttrandena över CRB:s PM har efterlysts en redogörelse för internationella förhållanden och synpunkter på rehabiliteringsområdet. Vad i det föregående anförts gör icke anspråk på att annat än i mycket begränsad omfattning tillgodose önskemålen härom. Av de lämnade uppgifterna torde emellertid klart framgå att det är i nära överensstämmelse med den internationella utvecklingstrenden, som CRB i sin PM sökt ange praktiska vägar för att åstadkomma en mera samordnad svensk rehabiliteringsorganisation i syfte att öka förutsättningarna för att rehabiliteringen skall bedrivs som en enhetlig och kontinuerlig process. De myndigheter, som har ansvaret för olika delar av rehabiliteringsverksamheten, bör i sitt handlande alltid verka härför såväl när det gäller planerings- och organisations- som finansieringsfrågor.

Efter att — som återgivits i det föregående — ha tecknat den allmänna ideologiska och historiska bakgrunden för rehabiliteringsverksamheten övergår CRB till att framlägga sina synpunkter och förslag beträffande olika förhållanden av betydelse för en effektiv sådan verksamhet.

KAPITEL 4

Allmänna samhällsåtgärder i förebyggande och anpassningsfrämjande syfte

Promemorian

Under denna punkt konstateras att rehabiliteringsfrågorna inte får isoleras från sitt sammanhang med den allmänna samhällsplaneringen och de samhällsinsatser, som har till syfte att öka möjligheterna till ett rikt liv och att förebygga sjukdom och arbetsoförmåga. Inom ramen för den allmänna planeringen måste också beaktas de speciella behov, som kan föreligga för vissa grupper av handikappade och sjuka samt för åldringar.

I det följande beröres dels de mera traditionella omgivningshygieniska uppgifterna inom bostads-, industri-, skol- och livsmedelshygien, dels de nya krav på insatser av omgivningshygienisk art, som exempelvis trafikproblem, bullerproblem samt vatten- och luftföroreningar vållar.

Från folkhälsosynpunkt betonas också betydelsen av att samhället sörjer för erforderlig tillgång till rekreationsområden, bad- och idrottsanläggningar, samlingslokaler för kurs-, förenings- och hobbyverksamhet m. m., som kan stimulera till ett aktivt och positivt utnyttjande av den växande fritiden.

Vidare framhålles betydelsen av en väl utbyggd och differentierad förebyggande medicinsk vård och rådgivning, utnyttjandet av bioteknologins rön för att åstadkomma fysiologiskt och givetvis även psykologiskt lämpliga arbetsbetingelser och en effektiv upplysningsverksamhet, inriktad bl. a. på att motverka de hälsorisker i form av minskade fysiska prestationskrav, ökad psykisk stress och övernäring, som den tekniska utvecklingen och den höjda levnadsstandarden utgör.

När det gäller de speciella behoven för vissa grupper av handikappade och sjuka samt för åldringar, framhålles att dessa i väsentligt större utsträckning än hittills bör tillgodoses redan vid utformningen av den vanliga samhällsmiljön — vid stadsplaneringen, planeringen av bostäder och arbetsplatser, skolor, kommunikationer och serviceanordningar av skilda slag. Även om åtskillig experiment- och forskningsverksamhet pågår beträffande hithörande frågor kräves enligt beredningens mening väsentligt ökade systematiska insatser för att bättre anpassa samhällets alltför stela "konfektionskostym" av idag så att den kan användas även av de grupper, som avviker från den "standardfigur", för vilken den utformats. Härutöver

kräves emellertid även speciella anordningar och hjälpmedel för särskilda behov, som icke kan tillgodoses på ovan angivet sätt.

Som en exemplifiering av problemen nämner promemorian att bostadsfrågan för handikappade med rörelsehinder hittills främst lösts genom inrättande av särskilda invalidlägenheter, ehuru i helt otillfredsställande omfattning. En avsevärd del av behovet av sådana speciallägenheter skulle kunna tillgodoses genom vanliga lägenheter med erforderligt utrymme, om i det allmänna bostadsbyggandet åstadkommes en ny standard, innebärande att alla dörrar erhöi erforderlig bredd för en rullstol, onödiga trösklar och andra nivåskillnader kom bort och hissarna gavs en lämplig utformning och placering. Även verkstäder och andra arbetsplatser borde mera generellt utformas så att rörelsehindrade kunde arbeta där utan mera genomgripande specialanordningar.

Offentliga institutioner och inrättningar — post, telegraf, försäkringskass kontor, socialbyråer, bibliotek, teatrar, konserthus och inte minst offentliga kommunikationsmedel — borde likaså göras lättare tillgängliga för personer med rörelsehinder eller med allmänt nedsatt prestations- och anpassningsförmåga.

Även från andra grupper av handikappade har rests berättigade krav när det gäller anordnande av bostäder och offentliga byggnader m. m. (vissa markeringar och signalsystem för att underlätta orienteringen för blinda, magnetslingor i hörsalar, teatrar etc. för de hörselskadade osv.).

Remissyttrandena

Arbetsmarknadsstyrelsen betonar att samhällsätgärder på olika områden måste planeras med beaktande av de handikappades problem.

De i promemorian framförda tankegångarna understryks också av *förvaltningsutskottet i Stockholms, Östergötlands och Kristianstads läns landsting, Malmöhus läns landstings hälso- och sjukvårdsstyrelse, direktionen för lasarettet i Lund, Örebro läns landstings förvaltningsutskott, Svenska stadsförbundets sjukvårdsdelegation samt arbetsvårdschefen i Stockholms stad.*

Gävleborgs läns landstings förvaltningsutskott gör följande uttalande.

Med utgångspunkt från att cirka 10 procent av landets befolkning är handikappad på ett eller annat sätt är det viktigt att samhället vidtager åtgärder för att underlätta de handikappades problem. De synpunkter, som beredningen i detta avseende framfört, vill förvaltningsutskottet starkt understryka, särskilt vad beträffar tillskapandet av flera och bättre invalidlägenheter.

Svenska arbetsgivareföreningen pekar framför allt på betydelsen av att bostadsmiljön utformas med hänsyn till de handikappades speciella behov och anser det vara erforderligt att arkitekterna och stadsplanerarna göras uppmärksamma på dessa problem.

Sveriges läkarförbund anser det väsentligt att medicinska synpunkter får göra sig mer gällande på samhälls- och arbetsplatsplaneringen.

Svenska industriläkarföreningen understödjer tankegångarna i kapitlet "Allmänna samhällsåtgärder i förebyggande och anpassningsfrämjande syfte" vad gäller frågor kring konditionsbefrämjande åtgärder och meningsfyllda fritidssysselsättningar. Industriella arbetsuppgifter kommer mer och mer att få karaktären manövrerande och övervakande eller ensidiga vad gäller fysiska aktiviteter, och det bör bli ett allt större behov av kompensande möjligheter inom den icke arbetsmässiga livsföringen. Härvidlag bör också beaktas den framtidsutveckling, som förväntas medföra ökad mängd skiftarbete för fler och fler grupper, vilket också påfordrar ett hänsynstagande vad gäller fritidsinnehållet.

Svensk sjuksköterskeförening framhåller att parallellt med en utbyggnad av rehabiliteringsverksamheten bör samhället även i största möjliga utsträckning anpassas så att det tillgodoser såväl de friskas som de handikappades behov.

Föreningen framhåller även betydelsen av upplysningsverksamhet bland allmänheten i rehabiliteringsfrågor i syfte att informera om samhällets möjligheter i detta avseende och i syfte att skapa en förstående inställning till olika slag av handikappade.

De vanföras riksförbund framhåller att CRB i samband med frågan om en allmän samhällsplanering med hänsynstagande till de rörelsehandikappades speciella behov understrukt, att det finns ett stort otillfredsställt behov av särskilda invalidlägenheter och bl. a. uttryckt önskemål om att man i såväl det allmänna bostadsbyggandet som vid utformningen av arbetsplatser och offentliga institutioner måtte åstadkomma en ny standard, så att byggnaderna blir tillgängliga för rörelsehindrade.

Förbundet fortsätter.

Även om detta endast på längre sikt kan bli möjligt i tillräcklig omfattning krävs det emellertid redan nu ökade insatser från samhällets sida för att få fram specialinredda lägenheter för rörelseinvalidiserade. Utan att en beninvalidiserad har tillgång till en sådan lägenhet leder icke heller övriga rehabiliteringsåtgärder till önskvärt resultat.

I CRB:s riktlinjer behandlas icke de rörelsehandikappades bostadsfråga i övrigt. DVR vill därför tillägga, att det är nödvändigt att den ekonomiska sidan av frågan får sin lösning. Invalidlägenheterna betingar liksom övriga nyproducerade bostäder relativt höga årskostnader. Hyrorna är i regel så höga att de vanföra, som är i det största behovet av ifrågavarande lägenheter, icke har råd att hyra erbjudna lägenheter. Speciellt är detta förhållandet de första åren efter invaliditetens uppkomst. Denna omständighet håller nere efterfrågan på invalidlägenheter. Den utredning, som DVR låtit sociologiska institutionen vid Uppsala

universitet företaga, visar att de invalidiserade har en sämre bostadsstandard än befolkningen i genomsnitt samt att rörelsehindrade, som är i starkt behov av lägenheter med moderna bekvämligheter, till över 50 % hyr halvmoderna eller omödrerna lägenheter. På initiativ av DVR har ett 10-tal kommuner infört subventioner, innebärande att bostadskostnaden för invalidlägenheten begränsas till högst 20 % av familjeinkomsten. Kommunförbunden har efter framställning från DVR rekommenderat kommunerna att införa sådana subventioner.

Förbundet framför också önskemål om ökat stöd åt handikappidrotten samt statligt stöd för konvalescent- och rekreationsverksamheten för vanföra och understryker särskilt det förhållandet att människor som invalidiseras i unga år och icke kan beredas vård i hemmet f. n. i regel hänvisas till hem för åldringar och svårt sjuka.

Den miljö, som ungdomarna då kommer att vistas i, har i regel negativt inflytande på deras utveckling. Initiativförmågan och framtidstron bryts successivt ned. I mycket liten utsträckning kommer ungdomarna i kontakt med samhällets organ för medicinsk och arbetsvårdande rehabilitering. Under senare tid har en allmän opinion i högre grad börjat uppmärksamma vanföra ungdomars situation. Därvid har framförts tanken att skapa speciella invalidhus, i vilka ett större antal höggradigt vanföra skulle få bostäder.

Även för de yngre vanföra, som är i behov av regelbunden vård, är det starkt önskvärt att det skapas fristående vårdenheter befriade från den sjukhusrutin, som annars gäller. Dessa patienter bör sålunda få vistas uppe på kvällarna och beredas stimulerande sysselsättning. Man bör också tillse att de erbjudas kontakter med omvärlden.

Kvinnoorganisationernas stiftelse till stöd åt handikappade husmödrar

delar helt CRB:s åsikt om betydelsen av att de handikappades särskilda problem mera beaktas vid utformningen av samhällsmiljön. Att så hittills inte skett har stiftelsen från sin verksamhet sett alltför många exempel på. Stiftelsen vill därför instämma med CRB att väsentligt ökade insatser erfordras på detta område. Behovet av specialbostäder för handikappade är fortfarande stort. För en del handikappade skulle det, som beredningen också framhåller, vara tillräckligt med den förändring av den allmänna bostadsstandarden som borttagandet av trösklar och breddning av dörröppningar skulle innebära. För de rörelsehindrade är det alltid väsentligt att de lätt kan komma in i huset och att hissen, som skall vara tillräckligt rymlig, går ända ner i entrén.

Kommentar

Vad som anförts i detta avsnitt av promemorian har helt accepterats av de remissinstanser som yttrat sig om hithörande frågor. De ytterligare synpunkter som framkommit i remissbehandlingen vittnar klart om behovet av ökade insatser såväl när det gäller allmänt profylaktiska åtgärder mot sjukdom och arbetsoförmåga som när det gäller att ute i samhället skapa bättre förutsättningar för sjuka och handikappade att finna sig till rätta med tillvaron.

De berörda problemen har kommit att träda allt mer i förgrunden i samband med den ändrade åldersfördelningen och det växande antalet personer i de högre åldersgrupperna, där rörelsehinder och andra sjukdomar och handikapp är särskilt vanliga.

I sitt betänkande Bättre åldringsvård (SOU 1964:5) har socialpolitiska kommittén framlagt utredningsmaterial, som klart belyser denna problematik, och avgivit värdefulla förslag inte minst när det gäller lösningen av bostads- och hemhjälpfrågan åt åldringar och invalider såväl i tätorter som i glesbygdsområden.

En rad värdefulla initiativ har vidare tagits av SVCK, DVR och andra handikapporganisationer liksom även på det kommunala planet.

Viktiga synpunkter på hithörande frågor har även framförts av en diskussionsgrupp inom Folksam i den nyutkomna skriften Samhällsplaneringen och de handikappade (Folksams hälsoråds skriftserie nr 20). Som ett betydelsefullt resultat av gruppens verksamhet kan nämnas att samhällsplaneringen och de handikappade upptagits på undervisningsplanen vid Tekniska högskolan i Stockholm.

CRB avser att i annat sammanhang gå närmare in på hithörande problem.

KAPITEL 5

Klienteletts sammansättning

Promemorian

Den tidigare angivna sociala målsättningen för rehabiliteringen innebär att erforderliga resurser för fysisk, psykisk, social och arbetsmässig rehabilitering skall stå till förfogande för alla, som är i behov därav. Medan tonvikten i rehabiliteringsdiskussionen hittills ofta främst kommit att ligga på de fysiskt handikappades och kanske framför allt de rörelsehindrades problem, måste sålunda planeringen av den allmänna rehabiliteringsverksamheten i fortsättningen få en väsentligt vidare omfattning och i princip omfatta alla grupper av sjuka och handikappade.

Det är härvid angeläget att det mycket omfattande rehabiliteringsbehov, som föreligger i fråga om mentalsjukvårdens patienter och de psykiskt efterblivna, kommer in i blickfältet i avsevärt högre grad än som hittills skett. För dessa patientkategorier liksom för vissa grupper av fysiskt sjuka och socialt handikappade krävs — utöver den allmänna medicinska och sociala rehabiliteringsorganisation som i det följande behandlas — särskilda kompletterande former för rehabilitering såväl inom som utanför den institutionella vården. Beredningen, som i sitt fortsatta arbete avser att återkomma till dessa problem, anser emellertid de i promemorian angivna allmänna riktlinjerna för rehabiliteringsverksamheten i princip tillämpliga även i fråga om sådana grupper. Härvid torde dock den psykiatiska, psykologiska och socialmedicinska expertis, som alltid bör finnas företrädd i rehabiliteringsarbetet, få en särskilt framträdande roll. Även i fråga om fall där en fysisk sjukdom eller skada från början föranlett rehabiliteringsåtgärderna spelar ofta psykiska och sociala faktorer en mera dominerande roll än som tidigare insetts.

Remissyttrandena

- a) *Det principiella kravet att rehabiliteringsverksamhet skall stå till förfogande för alla som är i behov därav.*

Flertalet remissinstanser instämmer i beredningens uppfattning att rehabiliteringsverksamheten skall stå till förfogande för alla som är i behov därav.

Beträffande frågan om utvidgandet av rehabiliteringsverksamheten till nya grupper av sjuka och handikappade ger *arbetsmarknadsstyrelsen* exem-

pel på hur under de senaste 2—3 åren arbetsvårdsåtgärder i samråd med medicinalstyrelsen i viss utsträckning vidtagits för psykiskt sjuka och psykiskt efterblivna (se även kapitlet om skyddad verksamhet).

Kristianstads läns landstings förvaltningsutskott konstaterar med tillfredsställelse

att beredningen till diskussion tagit upp de viktiga grupper, som vårdtagarklientelet inom socialvård, nykterhets- och kriminalvård utgör och som ju i icke ringa omfattning utgöres av tidigare medicinskt och socialt försummade fall. Icke minst de tjänstemän av olika kategorier, som har sin yrkesverksamhet knuten till arbetsvården, torde av egen erfarenhet kunna intyga, hur oerhört försummad rehabiliteringsverksamheten varit inom dessa vårdgrenar. Vare sig inom nykterhets- eller kriminalvården har en organiserad och planmässigt utformad dylik verksamhet ännu kommit igång. Även om ett stort antal patienter inom dessa sistnämnda vårdkategorier blivit medicinskt och socialt utredda, har åtgärderna hitintills i stort inskränkt sig till individuell hjälp, vilken även den i avsaknad av erforderliga resurser ofta blivit famlande och bristfällig. Mest bekymmersamt har det varit att de medicinska, sociala och arbetsvårdsmässiga resurserna icke varit organisatoriskt och vårdmässigt utbyggda i erforderlig omfattning för dessa försummade patientkategorier, varför man icke i önskvärd grad kunnat följa upp detta bekymmersamma och svårbemästrade klientel. Här gäller det visserligen att sätta in de medicinska och sociala rehabiliteringsåtgärderna så tidigt som möjligt; lika väsentligt synes det dock vara att fullfölja rehabiliteringsåtgärderna och att efter uppnådd återanpassning och arbetsförmåga fortsätta med en längre eller kortare tids eftervård, innebärande efterkontroller med längre eller kortare tids mellanrum.

Förvaltningsutskottet instämmer också i beredningens uttalande om riskerna för att anstaltsmiljön i sin hittillsvarande utformning vid långvarig sjukhus- och anstaltsvård kan leda till en nivå-sänkning både fysiskt och psykiskt och försvåra en återgång till samhället och arbetslivet.

Svenska stadsförbundets sjukvårdsdelegation instämmer i beredningens uttalande om att den allmänna rehabiliteringsverksamheten i princip bör omfatta alla grupper av sjuka och handikappade.

Såsom beredningen framhållit har den hittillsvarande rehabiliteringsdiskussionen berört de fysiskt handikappades och främst de rörelsehindrades problem. Hittillsvarande erfarenheter av rehabiliteringsverksamhet ger enligt delegationens mening vid handen att de rörelsehindrade är i minoritet. Ett betydande rehabiliteringsbehov föreligger särskilt inom mentalsjukvårdens område, där nya medicinska och terapeutiska behandlingsmetoder medför att ett ökat antal patienter kan bli åtkomliga för rehabilitering.

Sjukvårdsdelegationen, som betonar vikten av en utbyggd rehabiliteringsorganisation för genomförandet av de intentioner, varpå den nya socialförsäkringen bygger, framhåller vidare att det redan nu föreligger

ett betydande uppdämt behov av rehabiliteringsverksamhet för en mängd handikappade av olika kategorier, vilkas akuta sjukdom eller andra orsaker till behovet av rehabilitering, ligger relativt långt tillbaka i tiden. Detta klientel, i vars sjukdomsbild ofta mental ohälsa utgör en väsentlig beståndsdel, är ur rehabiliteringssynpunkt mycket svårbehandlat och kräver rehabiliteringsåtgärder, som i icke ringa mån avviker från dem, som är nödvändiga för "färska" fall. Vid uppbyggandet av en rehabiliteringsorganisation måste för lång tid framöver hänsyn tagas till detta klientel. Det kommer sålunda enligt delegationens mening att krävas en höggradig flexibilitet i den nya organisationen.

Arbetsvårdschefen i Stockholms stad uttalar följande.

Erfarenheter från arbetsträningsinstitutionerna pekar på att de rörelsehindrade varit och är i minoritet. En grupp som inte får glömmas bort när det gäller åtgärder är det s. k. restarbetslöshetsklientelet.

I fråga om mentalsjukvården förutsättes att den arbetsvårdande verksamheten utbyggs på mentalsjukhusen, men att de patienter, vars medicinska status medger detta, placeras på de ordinarie prövnings-, tränings- och skyddade institutionerna.

Beträffande den hittills missgynnade gruppen psykiskt efterblivna är det angeläget att snara åtgärder vidtages. I Stockholm föreligger planer att anordna såväl träningsinstitutioner som skyddade verkstäder för det klientel som handhaves av centralstyrelsen för undervisning och vård av psykiskt efterblivna. Frågan har varit föremål för samråd med arbetsvårdsbyrån.

I fråga om rehabiliteringsorganisationens utbyggnad understrykes än en gång att

så vitt angår den öppna rehabilitering, som bedrivs vid kommunala arbetsvårdsinstitutioner, ådagalägger erfarenheten att fallen med rörelsehinder är i klar minoritet, jämfört med olika former av psykiska sjukdomar, intellektuella handikapp eller social missanpassning. Vidare visar det sig att de psykiskt handikappade långt ifrån utgör en homogen grupp utan fördelar sig på en mängd delgrupper med sins emellan vitt skilda sjukdomar eller defekter, som var för sig påkallar uppmärksamhet av speciell medicinsk sakkunskap. Ändock är att märka att ett par av beredningen nämnda kategorier, nykterhetsvårdens och kriminalvårdens klienter, hittills endast i relativt liten omfattning kunnat placeras vid de egentliga rehabiliteringsorganen, inklusive den kommunala arbetsvården. Det vill från arbetsvårdsbyråns erfarenheter synas som om den gemensamma nämnanen i det mångskiftande problemkomplex som inrymmer i rehabiliteringen är behovet av psykiatrisk-socialmedicinsk bedömning och behandling.

Sjukvårdsdirektören i Göteborg instämmer i vad beredningen anfört om nödvändigheten av att det mycket omfattande behov, som föreligger i fråga om mentalsjukvårdens patienter och de psykiskt efterblivna med flera kategorier, tillgodoses i väsentligt större utsträckning än hittills varit fallet.

Svenska läkaresällskapet framhåller att

på samma sätt som gruppen sjukvårdsbehövande består av vitt skilda kategorier med vitt skilda behov, består gruppen rehabiliteringsbehövande av sinsemellan mycket olika undergrupper. Detta medför att metoderna i rehabiliteringsarbetet kommer att skifta i mycket hög grad med hänsyn till bland annat de bakomliggande sjukdomarnas art. Rehabiliteringsåtgärder vid fall med t. ex. neurologiska och ortopediska men även andra somatiska åkommor är ofta nära besläktade med sjukvårdande medicinska åtgärder, och man har samlat en inte obetydlig erfarenhet och kunskap om hur man skall gå tillväga i dessa fall. När det gäller de psykiskt starkt avvikande och mognadsstörda människor, som utgör en för den praktiskt verksamme iögonenfallande och betungande grupp av de rehabiliteringsbehövande, har man betydligt mindre faktisk kunskap och beprövad erfarenhet att bygga på, och denna kategori torde för närvarande behandlas efter starkt skiftande principer och med växlande framgång på olika håll i landet. Å andra sidan vet man ganska mycket om principerna för hur vissa defektläkta eller kroniska psykoser skall kunna hjälpas till optimal funktionsnivå. Metoderna skiljer sig redan vid ytligt betraktande tydligt från dem som kommer i fråga när det gäller de somatiskt sjuka och de psykiskt avvikande. Rehabilitering av åldringar medför dessutom speciella problem.

Sällskapet betonar också att rehabiliteringsverksamheten i Sverige hittills framför allt

karaktiserats av det dominerande intresse man ägnat den bäst bearbetade delen av området, nämligen rehabiliteringen av vissa grupper av somatiskt handikappade, kanske framför allt de rörelsehämmade. Planeringen av olika institutioner synes ofta ha skett med detta klientel för ögonen. När sedan de psykiskt avvikande och psykiskt sjuka strömmat till, har resurserna varit otillräckliga både till sin utformning och rent kvantitativt med hänsyn till personalens utbildning och förväntningar.

Svenska läkaresällskapets sektion för åldersforskning anser att för dem som i många år arbetat med rehabilitering av socialvårdsklientel, där man ju i stor utsträckning har att göra med mentala insufficienser och kombinationer av fysiskt och psykiskt handikapp, är det uppmuntrande att konstatera att det vid den framtida planeringen kommer att ägnas ökad uppmärksamhet åt detta klientel.

Sektionen för neurologi fäster uppmärksamheten på att vi fortfarande saknar möjligheter att bereda paraplegipatienter och liknande en tillfredsställande rehabiliteringssjukvård.

Föreningen Sveriges arbetsterapeuter instämmer helt i beredningens åsikt om behovet av en effektiv rehabilitering av så skiftande klientel som fysiskt handikappade, psykiskt efterblivna, alkoholskadade och kriminalfall och är positivt inställd till att delta i en dylik uppgift.

SVCK finner det riktigt att i begreppet handikappade (och därmed be-

rättigade till samhällseliga rehabiliteringsåtgärder) innefatta icke blott de fysiskt arbetshindrade utan även personer med handikapp av mental och social art, även om rehabiliteringsgången i dessa sistnämnda fall i olika avseenden blir avvikande från vad som gäller de övervägande fysiskt handikappades.

De vanföras riksförbund gör följande uttalande.

Beredningen anför att rehabiliteringsverksamheten hittills framför allt inriktats på de rörelsehandikappades problem. DVR ansluter sig självfallet till CRB:s uppfattning att rehabiliteringsverksamheten skall omfatta alla handikappade.

Hörselfrämjandets riksförbund anser förslag till riktlinjer för den allmänna rehabiliteringsorganisationen böra omfatta samtliga handikappgrupper och anser det ytterst värdefullt, att även hörselvårdens framtida rehabiliteringsplanering samordnas med den allmänna rehabiliteringen.

b) *Frågan om omfattningen av rehabiliteringsklientelet med fördelning på olika grupper samt behovet av skilda slag av rehabiliteringsresurser med hänsyn till klienteletts sammansättning.*

Medicinalstyrelsen anser att en fråga av väsentlig betydelse vid bedömning av uppbyggnaden av den medicinska rehabiliteringens organisation utgöres av klienteletts sammansättning vid rehabiliteringsklinikerna.

Av yttrandet framgår, att styrelsen tolkat vissa uttalanden i promemorian så att

klientelet vid rehabiliteringsklinikerna — på vilka redan nu de psykiatriska lasaretsklinikerna repliera — skulle utsträckas till att i princip omfatta mentalsjuka, psykiskt efterblivna, alkoholister, kriminalvårdsklientel och andra socialt handikappade. Detta framgår även därav, att CRB som ett av motiven för sitt förslag om statsbidrag till driftkostnaderna vid rehabiliteringsklinikerna framhåller det förhållandet att dessa kliniker i icke ringa utsträckning torde komma att sysselsättas med patienter, för vilkas vård huvudmannaskapet för närvarande helt eller delvis åvilar staten (mentalsjuka, alkoholskadade, kriminalvårdsklientel etc.). Enligt styrelsens mening torde säkerligen så stora praktiska svårigheter möta att omsätta ett principuttalande av denna innebörd i praktiken att detta i verkligheten kommer att sakna betydelse.

Beträffande nu berörda spörsmål får styrelsen framföra följande synpunkter.

Styrelsen vill särskilt betona de speciella problem, som sammanhänger med retentionsrätten beträffande de mentalsjuka och dessas speciella anpassningssvårigheter och som förhindrar utnyttjandet av den lasaretsanslutna rehabiliteringen. Styrelsen vill även erinra om att inom mentalsjukvårdsberedningens ram en expertgrupp har till arbetsuppgift att söka utveckla den öppna vården samt förbereda och planera försöksverksamhet för bland annat skyddade verkstäder vid mentalsjukhusen. Utredning om förläggande av skyddade verkstäder till bland annat Ryhovs och Restads sjukhus pågår för närvarande. Skyddade verkstäder

torde även kunna förläggas i anslutning till grupper av familjevårdshem eller sjukhem för lättskötta psykiskt sjuka.

Liknande spörsmål föreligger beträffande de psykiskt efterblivna. För kännedom får styrelsen bifoga ett exemplar av styrelsens cirkulär den 8 juni 1962 med råd och anvisningar angående vissa arbetsvårdande åtgärder beträffande detta klientel, vari styrelsen betonat behovet av skyddade verkstäder, vilka av praktiska skäl skulle förläggas i anslutning till vårdanstalterna i fråga. Den direkta ledningen av de rekommenderade verkstäderna skulle lämpligast handhas av landstingets centralstyrelse för undervisning och vård av psykiskt efterblivna, varvid samråd borde ske med arbetsvårdsstyrelsen eller motsvarande organ. För epileptiker kräves i stort sett samma säranordningar som för psykiskt efterblivna. Ytterligare bör nämnas behovet av särskilda rehabiliteringsanordningar för barn och ungdom, t. ex. elever vid ungdomsvårdsskolor. Nu nämnda grupp torde icke heller kunna ingå i rehabiliteringsklinikernas klientel.

Beträffande de alkoholskadade har styrelsen tidigare framhållit, att en komplettering borde ske av arbetsvårdsresurserna för denna grupp handikappade. Styrelsen är sålunda helt ense med CRB om behovet av åtgärder i detta syfte. Enligt styrelsens mening spelar emellertid de rent medicinska aspekterna ej samma roll vid rehabilitering av alkoholister, kriminalvårdsklientel m. m. som beträffande det nuvarande klientelet vid rehabiliteringsklinikerna. För alkoholister, kriminalvårdsfall m. m. torde verksamheten vara mera av resocialiserande karaktär och närmast höra hemma inom arbets- och socialvården. En viktig synpunkt, som i detta sammanhang måste beaktas, är att en och samma överläkare icke torde ha möjlighet att tillfredsställande behärska alla faser i rehabiliteringen av ett så skiftande klientel som CRB föreslagit.

Svenska landstingsförbundets styrelse anser att speciella överväganden måste till

för att på ett rätt sätt i den allmänna rehabiliterings- och arbetsvårdsverksamheten inlemma psykiskt störda klienter med sociala anpassningssvårigheter. Även om erfarenheten visat att en viss mindre del socialt missanpassade kan blandas in med de huvudsakligen fysiskt handikappade, får denna uppblandning starkt begränsas, om icke den terapeutiska atmosfären vid rehabiliterings- och arbets träningsinstitutionerna skall försämrats och svårbemästrade arbetsdisciplinära förhållanden uppstå vid de skyddade verkstäderna.

Stockholms läns landstings förvaltningsutskott uppger att

man får av framställningen i beredningens förslag det intrycket att klientelet sammansättning vid rehabiliteringsavdelningarna borde få en väsentligt vidare omfattning än tidigare och i princip omfatta alla grupper av sjuka och handikappade, sålunda även mentalt sjuka, psykiskt efterblivna, alkoholister och kriminalvårdsklientel. Det råder enligt förvaltningsutskottets mening ingen tvekan om att en välplanerad rehabilitering av detta klientel är av den största betydelse för såväl samhället som den enskilde. Endast i enstaka fall torde det dock vara praktiskt lämpligt att söka lösa dessa problem genom att intaga patienten på en medicinsk rehabiliteringsavdelning. Det är därför angeläget att så snart som möjligt skapa andra organisationsformer för rehabilitering av detta klientel och detta kommer endast att fördröjas om man ger sken av att de allmänna rehabiliteringsavdelningarna vid centrallasaretten och regionsjukhusen skall kunna lösa dem.

Förvaltningsutskottet konstaterar att beredningen vid sin diskussion över rehabiliteringsklientelet icke närmare gått in på det förhållandet, att patienter med neurologiska sjukdomsbilder dominerar, när det gäller det somatiska rehabiliteringsklientelet. Detta har dock tagits upp i Kungl. Maj:ts proposition om region-sjukvårdens utbyggande, liksom meddelande från medicinalstyrelsen angående talvård samt neurologisk långtidsrehabilitering och eftervård.

Uppsala läns landstings hälso- och sjukvårdsstyrelse gör följande uttalande i fråga om mentalsjukvårdens patienter, de psykiskt efterblivna samt nykterhetsvårds- och kriminalvårdsklientelet.

CRB har understrukt angelägenheten av att rehabiliteringsbehovet för ovan nämnda grupper tillgodoses i väsentligt större utsträckning än hittills. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen delar denna uppfattning.

För mentalsjukvårdens patienter och de intellektuellt resursbegränsade bör en rehabilitering ske vid träningsverkstäder och skyddade verkstäder, i den mån personerna icke visar ett allt för avvikande beteende eller uppträdande. Klientelblandningen bör sålunda ske med visst hänsynstagande till det psykiskt friska klienteletets reaktioner. I de fall blandning med det allmänna rehabiliteringsklientelet icke kan ske, bör särskilda till vederbörande anstalt knutna verkstäder eller terapiavdelningar finnas. I detta sammanhang kan nämnas att visst samarbete har förekommit mellan landstinget och Ulleråkers sjukhus och att fortsatt sådant kan ske på så sätt, att vederbörande patient kan mottagas för arbetsträning eller skyddat arbete under kvarboende på sjukhuset. Samma arrangemang kan med fördel tillämpas för vissa av de intellektuellt resursbegränsade.

I fråga om kriminalvårdens och nykterhetsvårdens klientel torde rehabiliteringsåtgärder böra insättas genom till vederbörande anstalt förlagda verkstäder, helst i kombination med viss yrkesutbildning. För närvarande synes vårdtiden föga utnyttjas för rehabilitering och yrkesutbildning, vilket torde öka svårigheterna för en arbetsplacering vid vårdtidens slut.

I fråga om åldringar anser hälso- och sjukvårdsstyrelsen att man måste räkna med

att samhällets tillgång på skyddade arbetsplatser i första hand måste disponeras för personer i de arbetsföra åldrarna och att äldre personer icke kan mottagas i den mån de skulle komma att utestänga yngre handikappade. Enligt styrelsens mening bör särskilda terapiavdelningar finnas för tillgodoseende av åldringarnas sysselsättningsbehov.

Älvsborgs läns landstings sjukvårdsstyrelse säger sig ha uppfattat uttalandena i detta avsnitt av promemorian på det sättet, att CRB anser att de ifrågavarande grupperna i princip bör tillhöra de medicinska rehabiliteringsklinikernas verksamhetsområde och uttalar som sin egen mening att

en sådan sammanblandning av klientelet synes olämplig, bl. a. av det skälet att en rehabiliteringsläkare icke torde ha förutsättningar och möjligheter att kunna behandla ett så skiftande klientel.

Vid de medicinska rehabiliteringsklinikerna bör liksom hittills behandlas till övervägande delen somatiska sjukdomar. Dock måste man räkna med att i viss

utsträckning mottaga patienter med psykiska insufficienstillstånd, varvid tillgång till psykiatrisk expertis är erforderlig.

När det gäller kronisk vård och långvarig arbetsförmåga dominerar det psykiatriska klientelet kvantitativt. För många av dessa fall ter sig också frågan om återgång till socialt liv och arbete utanför sjukhuset särskilt komplicerad. Det synes orealistiskt att tänka sig att dessa psykiatriska problem får en tillfredsställande lösning genom anordnandet av medicinska rehabiliteringskliniker. För vissa fall kan otvivelaktigt resurserna inom en sådan klinik med fördel utnyttjas genom ett samarbete mellan rehabiliteringsläkare och psykiater. För det stora flertalet patienter med psykiska sjukdomstillstånd är så dock icke förhållandet. Psykiatern bör därför behålla ledningen av rehabiliteringen av sitt klientel och erforderliga resurser härför bör tillskapas vid sidan av rehabiliteringskliniker.

Alkoholister och kriminalvårdsfall m. fl. synes i första hand böra omhändertagas av den del av rehabiliteringsverksamheten, som närmast faller på arbets- och socialvården.

Västmanlands läns landstings förvaltningsutskott, vars yttrande utarbetats av en särskilt tillsatt kommitté, benämnd rehabiliteringskommittén, ställer sig synnerligen tveksam till CRB:s förslag att till rehabiliteringsklinikernas klientel även hänföra alkoholister och kriminalvårds klientel och förklarar att vården i övrigt av dessa båda kategorier helt eller delvis åvilar staten, varför även de medicinska rehabiliteringsåtgärderna bör ankomma på nämnda huvudman.

Västerbottens läns landstings förvaltningsutskott finner det angeläget att resurser skapas för en kvalificerad rehabiliteringsverksamhet. Utskottet anser sig emellertid böra framhålla att det har svårt att finna tillräckligt bärande motiv för en uppdelning av verksamheten på en neurologisk, en allmän och en psykiatrisk rehabilitering.

Enligt förvaltningsutskottets mening bör det vara mest rationellt att hålla samman verksamheten i en enhetlig organisation och under enhetlig ledning. Då det dessutom avses att komplettera rehabiliteringsorganisationen med lokaler och anordningar för undervisningen för exempelvis sjukgymnaster och arbetsterapeuter, synes det finnas än större anledning att samordna de olika rehabiliteringsgrenarna. En av fördelarna med en förläggning av mentalsjukvård till lasarett måste vara att erforderliga serviceanordningar — även rehabiliteringsresurserna — kunna utnyttjas gemensamt för de kroppsligt och mentalt sjuka. Till jämförelse kan nämnas att arbetsvårdsorganen icke är uppdelade på särskilda sektioner för neurologiska, medicinska och psykiatriska fall.

LO anser att ett skäl för att renodla den yrkesinriktade rehabiliteringen är att klienterna inom denna del utgörs av mentalsjuka, alkoholskadade och socialt missanpassade, "som endast i undantagsfall synes vara i behov av medicinsk rehabilitering".

Sveriges läkarförbund anför.

Beredningen synes förutsätta att de medicinska rehabiliteringsklinikerna i icke ringa utsträckning kommer att sysselsättas med psykopater och andra mentalsjuka, alkoholskadade och kriminalvårdsklientel. Det är önskvärt att rehabiliterande åtgärder för detta klientel insättes i särskild ordning. Om så inte sker, kan man förutse att den terapeutiska atmosfär, som nu råder på många medicinska rehabiliteringsavdelningar, snabbt skulle förflyktigas. Hittillsvarande erfarenheter synes tala för att man med fördel kan blanda upp det övervägande fysiskt handikappade klientelet med en mindre del psykiskt arbetshindrade personer, men därifrån är steget långt till att rehabiliteringsklinikerna skulle få ansvaret för annat än enstaka fall av ovan angivna klientel.

Svenska läkaresällskapet anser att

en första rangens uppgift för beredningen synes även vara att med hjälp av sakkunniga bearbeta den erfarenhet av olika praktiska lösningar, som för närvarande vunnits på olika håll i landet i strävanden att försöka hjälpa tillrätta den grupp av rehabiliteringsbehövande, för vilka utpräglade psykiska avvikelser utgör det främsta arbetshindret. De många misslyckandena inom denna grupp verkar ofta demoraliserande och provocerande på befattningshavare vid olika rehabiliteringsorgan. En inventering av hur de nu behandlas och en analys av värdefulla och efterföljansvärda moment i denna behandling måste vara en uppgift med absolut prioritet vid planeringen av den framtida rehabiliteringsverksamheten. Först sedan man fått en ungefärlig uppfattning om storleken och sammansättningen av den rehabiliteringsbehövande medborgargruppen och undersökt vilka metoder som för närvarande tillämpas för rehabilitering av den svåraste gruppen, de psykiskt avvikande, kan en realistisk planering av den framtida organisationen över huvud taget komma till stånd. Sällskapet kan, med den brist på praktiska kunskaper om elementära förhållanden som för närvarande föreligger, inte binda sig med ett ställningstagande till de förslag till framtida organisation, som centrala rehabiliteringsberedningen redan nu framlagt. Eftersom gruppen rehabiliteringsbehövande består av vitt skilda undergrupper är det osannolikt att samtliga grupper kan behandlas tillsammans vid samma institutioner.

Sektionen för psykiatri inom Svenska läkaresällskapet anser att beredningen med rätta framhållit att ökade resurser för rehabilitering av psykiskt sjuka måste skapas, medan de aspekter på differentiering av klientelet, som sektionen finner nödvändiga, berörts mycket litet.

Sektionen för åldersforskning gör följande uttalande.

När det gäller den egentliga rehabiliteringsprocessen frågar man sig om ej de i egentlig mening mentalt sjuka, alkoholisterna och de kriminella bör behandlas var grupp för sig och för övrigt skilda från det ordinarie klientelet på de medicinska rehabiliteringsklinikerna och arbetsträningsinstitutet, åtminstone under ett första skede av resocialiseringsprocessen. Man har ej sällan tråkiga erfarenheter där man i brist på andra resurser tvingats till sammanblandning av ett alltför heterogent klientel. Det skapar problem, som personalen av olika anledningar (t. ex. lokalfrågor, friktionsproblem och otillräcklig utbildning) ej kan bemästra.

Föreningen Sveriges arbetsterapeuter säger sig beträffande rehabiliteringsklientelelets sammansättning ha tytt CRB:s förslag så, att man avser att inom en och samma rehabiliteringsklinik behandla ett så skiftande klientel som fysiskt handikappade, psykiskt efterblivna, alkoholskadade och kriminalfall. Föreningen anser det dock vara "omöjligt att inom samma klinik rätt kunna behandla så skilda kategorier. Förutom många onödiga psykiska problem skulle förslaget medföra problem ur behandlingsteknisk och behandlingsorganisatorisk synpunkt".

Svenska försäkringsbolags riksförbund betonar allmänt behovet av forskning beträffande de skilda kategorier, som kan bli föremål för rehabilitering, och behovet av olikartade vårdformer för skilda kategorier.

De blindas förening anser det diskutabelt, huruvida de synskadade bör hänföras till rehabiliteringsklinikernas kompetensområde, då de synskadade utgör en mycket liten grupp av handikappade, för vilka tekniska och personella resurser icke torde kunna åstadkommas vid varje rehabiliteringsklinik.

c) *Behovet av kartläggning och undersökning av rehabiliteringsklientelet för att få underlag för planeringen av rehabiliteringsorganisationen.*

Medicinalstyrelsen framhåller att "i avsaknad av en fullständig sjukdomsstatistik är styrelsen för närvarande icke i stånd att på tillgängligt material närmare analysera rehabiliteringsklientelet m. m. Det är emellertid styrelsens förhoppning att med ökade statistiska resurser denna brist framdeles skall kunna avhjälpas". Styrelsen är också helt ense med CRB om angelägenheten av en kartläggning av rehabiliteringsklientelet, undersökningar om rehabiliteringsbehovet och dylikt.

Direktionen för karolinska sjukhuset hade gärna sett att beredningen sökt belysa läget med en siffermässigt underbyggd prognosutredning rörande behovet av rehabiliteringsplatser.

Även *Kristianstads läns landstings förvaltningsutskott* understryker behovet av en kartläggning och *Hallands läns landstings förvaltningsutskott* "tillstyrker, att en utredning göres rörande rehabiliteringsbehovet hos akutpatienter på sjukhusen och inom den öppna vården. Utredningen bör lämpligen kunna göras i beredningens regi".

Svenska läkaresällskapet konstaterar att kunskap om den rehabiliteringsbehövande medborgargruppen, kvalitativt och kvantitativt, är oundgängligen nödvändig som underlag för en riksomfattande planering av rehabiliteringsverksamheten.

Folksam anser det vara en avsevärd brist inom den hittillsvarande verksamheten, att man varken från medicinalstyrelsens eller arbetsmarknadsstyrelsens sida redovisat några prognoser beträffande det samlade framtida behovet av rehabiliteringsverksamhet. De svårigheter som föreligger att få fram säkra prognoser bl. a. i fråga om det skiftande behov, som torde förefinnas mellan olika landsdelar, bör inte hindra att man försöker få till stånd en inventering av statistiken på rehabiliteringsområdet och en bedömning av den väntade utvecklingen.

SVCK erinrar om att centralkommittén i skrivelse till beredningen den 9 april 1962 framhållit önskvärdheten av en kartläggning av rehabiliteringsklienteletets art och omfattning.

Svenska föreningen för psykisk hälsovård framhåller att säker överblick över hur stora rehabiliteringsbehoven egentligen är, synes synnerligen väsentlig, innan man kan avgöra hur rehabiliteringsorganisationen bör utbyggas.

d) *Behovet av psykiatrisk-psykologisk-socialmedicinsk expertis inom rehabiliteringsverksamheten.*

Stockholms läns landstings förvaltningsutskott instämmer helt i beredningens synpunkter i detta avseende.

Örebro läns landstings förvaltningsutskott anför.

Naturligt nog medför svåra kroppsskador, förlamningar etc. behov av särskilda rehabiliteringsåtgärder. Ofta nog är det dock icke själva den fysiska skadan som utgör det svåraste hindret för en återinpassning i arbets- och samhällsliv. Till den fysiska skadan adderas ofta en neurotisering av densamma. Härav följer att de psykiska faktorerna är utav allra största betydelse vid planeringen av rehabiliteringsåtgärderna.

Även *sektionen för psykiatri inom Svenska läkaresällskapet* understryker att de psykiatriska aspekterna är viktiga vid all form av rehabilitering.

Svenska föreningen för psykisk hälsovård uttalar följande.

Såsom beredningen framför, torde psykologiska och psykiatriska behandlingsmetoder i mycket stor utsträckning behöva tillgripas för att en lyckad rehabilitering i många fall överhuvudtaget skall kunna gå att genomföra. Det förefaller nämligen, som om arbetsmotivationen i en synnerligen stor del av rehabiliteringsärendena överhuvudtaget torde vara det som spelar den allra största rollen för huruvida en rehabilitering skall lyckas eller ej. Och, såsom beredningen själv påpekat, synes arbetsmotivationen ofta vara betydligt viktigare än svårighetsgraden och storleksordningen av föreliggande fysiskt eller psykiskt handikapp. Som bekant förekommer det ju att även mycket svårt psykiskt sjuka, såsom män-

niskor med kroniska psykoser, kan vara i fullt arbete, medan i övrigt endast lindrigt psykiskt insufficienta personer upplever sig såsom totalt arbetsförmögna.

e) *Frågan om en eventuell prioritering av vissa rehabiliteringsfall under utbyggnadstiden med dess otillräckliga resurser.*

Svenska arbetsgivareföreningen anser att det, även om det i princip synes vara lämpligt att alla grupper av sjuka och handikappade kommer i åtnjutande av den allmänna rehabiliteringsverksamheten, under en övergångstid, tills rehabiliteringsorganisationen hunnit utbyggas till erforderlig kapacitet, torde vara tillrådligt, att de handikappade, som lättast kan återanpassas till ett normalt liv, prioriteras framför de svårt rehabiliterbara.

Även *Svenska försäkringsbolags riksförbund* anser att det åtminstone till en början finns anledning att inrikta rehabiliteringsverksamheten på det klientel, där åtgärderna kan förväntas innebära att handikappade framgångsrikt återföres i normal verksamhet.

Kommentar

Remissyttrandena behandlar i huvudsak fem frågeställningar under detta avsnitt.

a) *I första hand har tagits upp de olika grupper av sjuka och handikappade, vilkas behov rehabiliteringsverksamheten måste tillgodose, om den skall svara mot den i promemorian angivna vidgade målsättningen.*

I ett flertal remissyttranden understrykes mycket starkt vad i promemorian anförts om behovet av ökade rehabiliteringsresurser för bl. a. mentalssjukvårdens patienter, de psykiskt efterblivna samt vårdtagarklientelet inom socialvård, nykterhetsvård och kriminalvård. Av yttrandena framgår klart de svårigheter, som i dag gör sig gällande vid rehabiliteringen av sådana fall på grund av bristande eller otillräckligt samordnade medicinska, sociala och arbetsvårdsmässiga resurser. I en del remissyttranden riktas uppmärksamheten också på andra speciella grupper, vilkas rehabiliteringsbehov anses kräva särskilda åtgärder, t. ex. paraplegiker. Behovet av kraftigt ökade rehabiliteringsresurser inom åldringsvården framhålles även.

Viktig är också den erinran, som göres av vissa remissinstanser, om det betydande uppdämda behov av rehabiliteringsverksamhet, som föreligger för en mängd handikappade av olika kategorier — bl. a. inom det s. k. restarbetslöshetsklientelet, "vilkas akuta sjukdom eller andra orsaker till behov av rehabilitering ligger långt tillbaka i tiden" — samt att vid utbyggnaden av rehabiliteringsorganisationen under lång tid framåt hänsyn måste

tagas till detta svårbemästrade klientel, i vars sjukdomsbild ofta mental ohälsa utgör en viktig beståndsdel.

CRB delar helt den uppfattning, som här kommit till uttryck. Om en närmare analys av det rehabiliteringsbehövande klientelet skulle verkställas i dag, torde med säkerhet andelen tidigare försummade och därigenom ofta särskilt svårbehandlade fall bli mycket omfattande. För organisationen av rehabiliteringsverksamheten på kortare sikt måste detta förhållande givetvis vara av stor betydelse, i den mån man alls räknar med att verkligen kunna effektivt angripa rehabiliteringsproblemet även för detta klientel. Det är emellertid lika angeläget att organisationen på längre sikt utformas med hänsyn till väntade medicinska, tekniska och behandlingsmässiga framsteg, vilka kan leda till en förändrad sammansättning av rehabiliteringsklientelet. Likaså måste i detta sammanhang beaktas strukturförändringarna inom arbetslivet med därav följande förändringar i arbetskraven.

I detta sammanhang vill CRB särskilt understryka Svenska läkaresällskapets uttalande att man i fråga om behandlingen av många rehabiliteringsfall med somatiska åkommor har samlat avsevärd erfarenhet och kunskap men att det, när det gäller psykiskt starkt avvikande och mognadsstörda människor, finns betydligt mindre faktisk kunskap och erfarenhet att bygga på, även om man numera har viss kännedom om principerna för att öka funktionsnivån för vissa delar av det psykiatriska klientelet. I likhet med promemorian framför också läkaresällskapet den uppfattningen att planeringen av olika rehabiliteringsinstitutioner ofta torde ha skett med det renodlat somatiska klientelet för ögonen. När sedan de psykiskt avvikande och sjuka strömmat till, har resurserna varit otillräckliga både till sin utformning och rent kvantitativt med hänsyn till personalens utbildning och förväntningar.

Det är — som CRB i annat sammanhang framhållit — av största vikt att man vid utbyggnaden av såväl basorganisationen som andra speciella resurser för rehabiliteringsverksamheten skaffar sig en mera realistisk uppfattning än man hittills haft rörande omfattningen och arten av de faktiska rehabiliteringsbehov som det gäller att tillgodose.

b) *De organisatoriska formerna för de skilda klientelgruppernas rehabilitering.*

Härvid synes flera av remissinstanserna ha tolkat promemorian i denna del så att enligt CRB:s mening praktiskt taget hela rehabiliteringsklientelet — bl. a. även de mentalsjuka, psykiskt efterblivna, alkoholskadade, kriminalvårdens klientel och socialt handikappade — skulle behandlas på de allmänna medicinska rehabiliteringsklinikerna. Häremot har helt naturligt rests åtskilliga invändningar. Då dessa synes grundade på missuppfattning

och feltolkning av beredningens uttalanden i promemorian, anser sig CRB här böra närmare precisera innebörden av dessa.

Med utgångspunkt från sin helhetssyn på rehabiliteringsverksamheten i samhället har i promemorian först konstaterats att den allmänna rehabiliteringsorganisationen skall omfatta alla grupper av rehabiliteringsfall och sålunda även de nyss uppräknade. Beträffande just dessa grupper liksom även vissa grupper av somatiskt sjuka och handikappade framhålles i promemorian — vilket synes ha förbisetts av flera remissinstanser — att särskilda kompletterande former för deras rehabilitering bör finnas utöver de medicinska rehabiliteringsklinikerna och de andra institutioner, som närmare behandlas i promemorians senare avsnitt. Till behovet av särskilda kompletterande rehabiliteringsformer säger sig beredningen ha för avsikt att återkomma längre fram under sitt arbete. Principerna för uppläggningsformen av speciella former av rehabiliteringsverksamhet för särskilda grupper bör dock vara desamma som för den del av organisationen, som behandlas i promemorian (dvs. inriktning på tidigt uppspårande av fallen, målinriktad samordning av medicinsk vård, uppträning och arbetsprövning med beaktande av fysiska, psykiska, sociala och yrkesmässiga aspekter samt erforderligt uppföljande av varje fall tills hans förhållanden i samhället stabiliserats, däri inbegripet — i den mån så är möjligt — sysselsättning i produktiv verksamhet).

Som framgår av det anförda har i promemorian avsiktligt undanskjutits frågan om olika speciella rehabiliteringsformer för vissa grupper. Beredningen är väl medveten om den speciella problematiken och omfattningen av hithörande problem och vill erinra om den rad av offentliga utredningar, som varit engagerade i rehabiliteringsfrågorna avseende exempelvis kriminalvårdens, ungdomsvårdsskolornas och nykterhetsvårdens klientel. Beredningen anser det emellertid angeläget att de rehabiliteringsformer, som i dessa och andra sammanhang utvecklats eller förordats, blir föremål för översyn utifrån mera allmänna rehabiliteringssynpunkter i syfte att än mera integrera dem i den totala rehabiliteringsorganisationen. Det har i olika sammanhang framkommit att omhändertagandet av olika grupper i Sverige i alltför hög grad kommit att läggas på "symtominstitutioner", innebärande att ett visst symptom föranlett omhändertagandet vid en viss institution med en egen vårdorganisation, vilken driver sin verksamhet i relativt stor isolering från annan samhälls- och vårdverksamhet.

CRB finner för sin del naturligt att de olika rehabiliteringsresurser, som successivt ställes till förfogande, skall kunna tagas i anspråk för de fall, som behöver dem, utan strikta gränsdragningar mellan skilda klientelgrupper. Det individuella behovet bör sålunda vara avgörande. En person, som vårdats på mentalsjukhus och där rehabiliterats till en viss gräns, kan — eventuellt redan under vårdtiden vid sjukhuset eller under försöksutskrivning — behöva anlita rehabiliteringsresurser utanför mentalsjukvårdens

ram under en del av den fortsatta rehabiliteringsprocessen. På samma sätt kan en person, omhändertagen av kriminalvården, vara i behov av råd och hjälp eller speciella andra åtgärder, som lämpligen bör ställas till förfogande inom den allmänna ramen för rehabiliteringsverksamheten. Så sker givetvis redan nu i mån av resurser. Det generella avvisande av vissa klientgrupper från exempelvis de medicinska rehabiliteringsklinikernas verksamhetsområde eller överhuvudtaget från området för medicinsk rehabilitering, som förordas av ett par remissinstanser, finner CRB svårbegripligt, orealistiskt och inhumant.

Redan i 1954 års promemoria utgick medicinalstyrelsen ifrån att de psykiatriska lasarettavdelningarnas patienter i viss utsträckning skulle kunna utnyttja de allmänna rehabiliteringsklinikernas resurser. Särskilt om — i enlighet med föreliggande planer — mentalsjukhusen allt mer integreras i den allmänna lasarettsvården och även lokalt förlägges tillsammans med denna, bör uppenbarligen även patienter därifrån kunna anlita rehabiliteringsklinikerna och den till dem anknutna organisationen. I vilken utsträckning så blir förhållandet beror givetvis på fallens art och tillgången till särskilda rehabiliteringsresurser inom respektive vårdenhet, dvs, i vad gäller nu anförda exempel inom den psykiatriska lasarettavdelningen respektive mentalsjukhuset.

För närvarande är rehabiliteringsresurserna inom mentalsjukvården beklämmande små eller obefintliga, vilket framgår bl. a. av de uppgifter som lämnats i medicinalstyrelsens och arbetsmarknadsstyrelsens yttranden över beredningens promemoria. Utbyggnaden av en effektiv rehabiliteringsverksamhet för mentalsjuka inom och utanför sjukhus är enligt beredningens mening en fråga av sådan omfattning, att den bör bli föremål för utredning i särskild ordning i anslutning till de i mentalsjukvårdsdelegationens betänkande uppdragna riktlinjerna för mentalsjukvården. De punktvis spridda initiativ, som redovisats i de båda senast nämnda remissyttrandena, är i och för sig lovvärda men torde behöva sättas in i ett större rehabiliteringssammanhang, om avsedd effekt skall kunna nås. Inför det föreslagna landstingsövertagandet av mentalsjukvården synes det vara en fråga av hög angelägenhetsgrad att de för denna vård speciella rehabiliteringsformerna närmare utreds och att ett utbyggnadsprogram därvidlag fastställs.

Av det anförda framgår att CRB icke kan dela medicinalstyrelsens uppfattning att de rent medicinska aspekterna ej spelar samma roll vid rehabilitering av alkoholskadade, kriminalvårdsklientel etc., som beträffande det nuvarande klientelet vid rehabiliteringsklinikerna, samt att fall som tillhör sådana patientgrupper enbart hör hemma inom arbets- och socialvården. Icke heller delar CRB den av LO deklarerade uppfattningen att dessa grupper och likaså mentalsjuka "endast i undantagsfall synes vara i behov av medicinsk rehabilitering". Som beredningen framhåller i sin promemoria, har åtskilliga undersökningar på senare tid givit klara belägg för att

det kroniska vårdtagarklientelet inom socialvård, nykterhetsvård och kriminalvård till stor del utgöres av tidigare medicinskt och socialt försummade fall. Härtill kommer att de senaste årens utveckling inom psykiatrin sannolikt möjliggör rehabilitering av ett väsentligt större antal psykiskt sjuka än tidigare. Allt eftersom mentalsjukvården och kroppssjukvården mer och mer integreras och förläggs till samma sjukhus kommer givetvis även rehabiliteringsresurserna att i viss utsträckning utnyttjas för båda grupperna. Som exempel kan nämnas att vid det sjukhus, som programmeras i Enskededalen i Stockholm, förutsatts att rehabiliteringsutrymmena utformas så att de till stor del kan disponeras av både somatiskt och psykiskt sjuka.

Sedan allmänna medicinska rehabiliteringskliniker med tillgång även till socialmedicinsk expertis, måhända vid särskilda socialmedicinska kliniker, mera allmänt kommit till stånd, torde dessa institutioner komma att utgöra kärnan i den samlade rehabiliteringsverksamheten inom varje sjukvårdsområde. Inom rehabiliteringsteamet kommer då att finnas expertis med allsidig kännedom om och nära kontakt med de skilda rehabiliteringsresurserna inom hela området. Denna expertis kommer helt naturligt att anlitas för konsultation rörande problematiska fall av skilda slag såväl av enskilda som av myndigheter inom olika vårdformer.

c) *Behovet av kartläggning av rehabiliteringsklientelet's sammansättning och fördelning som underlag för planeringen av rehabiliteringsorganisationen.*

CRB har redan i kapitel 2 *Allmänna synpunkter på promemorians uppbyggnad och syfte* haft anledning att beröra det otillräckliga informationsmaterial som hittills legat till grund för denna planering. CRB vill sålunda starkt understryka remissinstansernas krav på siffermässigt underbyggda prognoser i dessa hänseenden. Det är härvid viktigt att en sådan kartläggning icke — som hittills ofta varit fallet i den mån man försökt sig på uppgiften — göres med utgångspunkt enbart från de former av rehabiliteringsverksamhet, som företrädes av en viss myndighet eller ett speciellt organ. Med ett sådant tillvägagångssätt riskeras lätt att vissa fall kommer att dubbelräknas såsom hänförliga till flera myndigheters verksamhetsområde medan andra kan komma att förbises, då varje myndighet räknar med att vederbörande omhändertas på annat håll. Behovet av vissa former av rehabiliteringsåtgärder är också så starkt beroende av effektiviteten av andra former av rehabiliteringsverksamhet, att prognoser härom icke kan verkställas isolerade för en särskild form av åtgärder. Sålunda har bl. a. engelska erfarenheter visat att en effektivisering av formerna för den medicinska rehabiliteringen väsentligt ökat möjligheterna till återgång till tidigare arbete och därigenom minskat behovet av sådana former av yrkes-

mässig rehabilitering som arbetsträning och omskolning. Å andra sidan kan ökade resurser för medicinsk rehabilitering också medföra att åtskilliga fall, som tidigare bedömts sakna varje möjlighet till produktiv verksamhet, kan ifrågakomma även för rent yrkesmässiga rehabiliteringsåtgärder.

Redan för att på ett riktigt sätt angripa frågan om en inventering av rehabiliteringsklientelet och behovet av åtgärder av skilda slag kräves sålunda en helhetssyn på rehabiliteringsverksamheten och en samordning av olika bedömningsgrunder, som hittills ofta saknats.

Svenska läkaresällskapet har beträffande denna fråga särskilt fäst uppmärksamheten på den inventering, som under år 1962 utförts vid några av storstädernas allmänna sjukkassor i samarbete med socialmedicinsk expertis. Även CRB har ansett de särskilda möjligheter till kartläggning av rehabiliteringsklientelet och rehabiliteringsbehoven, som erbjudes genom härpå inriktade inventeringar av försäkringskassornas och pensionsdelegationernas klientel, böra uppmärksammas och har i detta syfte tagit upp ett samarbete med bl. a. vissa försäkringskassarepresentanter samt professor Gunnar Lindgren i Lund och docent Einar Helander i Göteborg. Det är beredningens förhoppning att genom sådana undersökningar skall kunna erhållas ett grundmaterial, som kan vara till åtminstone viss ledning i den framtida planeringen. CRB har även tillsammans med en arbetsgrupp i Västernorrlands län träffat förberedelser för en särskild inventering rörande rehabiliteringsfall och rehabiliteringsbehov i detta län, grundad bl. a. på fältundersökningar.

d) *Behovet av psykiatrisk, psykologisk och socialmedicinsk expertis inom rehabiliteringsverksamheten.*

Betydelsen av tillgång till sådan expertis har starkt understrukits av dem som yttrat sig. Sedan de socialmedicinska institutionerna vid undervisningssjukhusen numera kommit i gång, torde man också kunna räkna med successivt växande möjligheter att med rehabiliteringsverksamheten införliva en mera djupgående socialmedicinsk bedömning än man hittills kunnat göra. I den mån särskilda socialmedicinska avdelningar vid lasaretten inrättas, kan dessa avdelningar — som förut nämnts — komma att tillsammans med rehabiliteringsklinikerna och i intim samverkan med dessa dela ansvaret för rehabiliteringsverksamheten.

e) *Den av vissa remissorgan upptagna frågan om en prioriterad behandling åtminstone till en början av sådana handikappade, som lättast och med störst framgång kan återföras i normal verksamhet.*

CRB förstår motiveringen till denna tankegång. Emellertid finns det starka skäl som talar i annan riktning.

All hittillsvarande erfarenhet tyder tyvärr på att de mest svårbehandlade

fallen ofta har särskilt svårt att komma i åtnjutande av samordnade rehabiliteringsåtgärder och lätt hamnar i ett "ingenmansland" mellan olika myndigheters rehabiliteringsformer. Det är inte minst av sådana anledningar som i Finland överväges ändringar i rehabiliteringsorganisationen för att de svåraste fallen skall kunna garanteras den mest ändamålsenliga behandlingen. CRB kan för sin del inte ansluta sig till tanken på en generell prioritering av någon särskild grupp av handikappade. Detta är bl. a. en konsekvens av CRB:s uppfattning att rehabiliteringen icke får betraktas som främst en arbetsmarknadspolitisk fråga. Avgörande för de samlade rehabiliteringsresursernas utnyttjande måste enligt CRB:s mening vara de individuella behoven. Det får ej heller förbises att just genom behandling av de svårare fallen inom olika områden erfarenheter kan vinnas av betydelse för hela rehabiliteringsverksamhetens utveckling och metodik.

KAPITEL 6

Betydelsen av tidigt insatta rehabiliteringsåtgärder

Promemorian

Åtskilliga undersökningar på senare tid har visat att i många fall ett tidigare försummat vård- och rehabiliteringsbehov uppmärksammats först sedan så lång tid förflutit att utsikterna till en framgångsrik behandling allvarligt försvårats. Sålunda har det konstaterats att det kroniska vårdtagarklientelet inom socialvård, nykterhetsvård och kriminalvård till stor del utgöres av tidigare medicinskt och socialt försummade fall, ofta med psykiska defekter. Men även inom vissa former av sjukhus- och annan anstaltsvård, bl. a. inom mentalsjukvården, har man funnit att själva anstaltsmiljön i dess hittillsvarande utformning i många fall bidragit till en fysisk och psykisk nivå-sänkning, som försvårat en återgång till arbetet och samhällslivet.

Här angivna erfarenheter måste innebära en sådan förändring av inriktningen av vården, att rehabiliteringssynpunkterna redan på mycket tidigt stadium får prägla denna. Detta har fått viktiga konsekvenser bl. a. när det gäller synen på läkarnas och sjukhusens uppgifter och arbets sätt. När en patient får kontakt med sjukvården, bör sålunda den behandlande läkaren så vitt möjligt söka bilda sig en uppfattning om patientens hela situation och även söka sörja för att ett eventuellt rehabiliteringsbehov blir tillgodosett. Inte minst tjänsteläkarna och företagsläkarna har här viktiga uppgifter. Detsamma gäller i tillämpliga delar även sådana personalkategorier som distrikts- och industrisköterskor, kuratorer och andra socialarbetare m. fl.

Också den individuella förebyggande vården bör vara inriktad på att ej blott uppspara begynnande sjukdomssymtom utan också uppmärksamma problem, som kan medföra en nedsatt social anpassning och arbetsförmåga. Det skulle sålunda vara till avsevärd vinst för såväl de enskilda som för samhället och produktionen om exempelvis läkarundersökningarna under det sista skolåret, undersökningarna av minderåriga arbetare, periodiska hälsoundersökningar av personal vid olika verk och företag samt värnpliktsundersökningarna kunde effektivt utnyttjas i här angivna avseenden.

Remissyttrandena

Vad som framförts i promemorian om betydelsen av tidigt insatta åtgärder har ej mött invändningar från remissinstanserna.

Medicinalstyrelsen delar helt CRB:s uppfattning om betydelsen av tidigt insatta rehabiliterande åtgärder bland annat i form av förebyggande medicinsk vård och rådgivning.

Kronobergs läns landstings förvaltningsutskott gör följande uttalande.

Om en rehabilitering skall bli verkligt effektiv bör den startas så tidigt som möjligt, vilket ju tidigare påpekats många gånger, och en rehabiliteringsverksamhet skall sålunda sättas in redan under det akuta sjukdomsskedet på ett sjukhus. Ansvarig för denna del av rehabiliteringen är givetvis den ansvarige läkaren, som i samråd med sjukgymnaster, arbetsterapeuter och kuratorer för att nämna några exempel, sätter in rehabiliterande åtgärd så snart detta är möjligt. Detta är ju vad som länge tillämpats inom svensk sjukvård, men vikten härav måste starkt betonas.

Malmöhus läns landstings hälso- och sjukvårdsstyrelse är helt ense med beredningen om att

uppspårande av begynnande sjukdomssymptom vid exempelvis allmänna hälsoundersökningar icke är utan betydelse för rehabiliteringsverksamheten. Upptäckten av en sjukdom i ett tidigt stadium eliminerar måhända ett eljest senare uppkommande rehabiliteringsbehov. Utökningen av dessa hälsoundersökningar till totala undersökningar, som ger en uppfattning om patientens hela situation och sörjer för att ett eventuellt redan befintligt rehabiliteringsbehov blir tillgodosett, kan knappast — om än behovet är angeläget — genomföras för närvarande. När frågan däremot är om sjukdom eller skada av mera djupgående natur, finner styrelsen i likhet med beredningen det helt naturligt att sådan bedömning sker. Beredningens påpekande att särskild uppmärksamhet måste ägnas dessa frågor vid utbildningen av vissa personalkategorier understrykes av styrelsen.

Även *arbetsvårdsnämnden i Västerås* understryker att rehabilitering måste påbörjas så tidigt som möjligt och *Gävleborgs läns landstings förvaltningsutskott* "delar de synpunkter, som beredningen anfört i fråga om betydelsen av tidigt insatta rehabiliteringsåtgärder. Den sociala rehabiliteringen bör påbörjas i god tid innan den medicinska rehabiliteringen på sjukhus avslutas. Härigenom skapas bättre förutsättningar för att återinpassa individen i samhället".

Svenska arbetsgivareföreningen uttalar tillfredsställelse över att CRB framhåller nödvändigheten av att ett eventuellt rehabiliteringsbehov skall tillgodoses på ett så tidigt stadium som möjligt.

Sektionen för åldersforskning inom Svenska läkaresällskapet återoppar beredningens uttalande att den vunnna insikten om att ett rehabiliteringsbehov måste uppmärksammas betydligt tidigare än vad som hittills ofta skett, får viktiga konsekvenser bland annat när det gäller synen på läkarnas och sjukhusens arbete och konstaterar att detta uttalande "äger sin riktighet ej minst inom åldersvården och annan vård av långvarigt kroppssjuka".

Svenska industriläkarföreningen vill

synnerligen starkt understryka beredningens synpunkt, att tidiga rehabiliteringsåtgärder är utomordentligt väsentliga för det slutgiltiga resultatet. Föreningen delar beredningens åsikt, att ett stort antal förtidspensionerade eller eljest icke arbetsföra skulle vara aktiva i arbetslivet, om adekvata tidiga rehabiliteringsåtgärder kunnat installeras parallellt med konventionell medicinsk behandling. Tidiga rehabiliteringsåtgärder minskar behovet av senare insatta, omfattande, mera avancerade och personalkrävande initiativ i rehabiliteringssyfte.

Varje industriläkare som aktivt sysslar med återinpassning i arbete efter sjukdom vet hur mycket de långvarigt sjukas bibehållna kontakt med arbetslivet och tidigt insatt arbetsträning betyder för slutgiltigt återställande av arbetsförmågan. Långvarig arbetsavkoppling i sig själv medför, särskilt för äldre arbetskraft, ofta avsevärd sänkning av arbetsprestationsförmågan och återanknytning, särskilt till prestationsfixerade arbeten, vållar stora, ibland oöverstigliga svårigheter. Kan å andra sidan vid dylika långvariga sjukdomstillstånd tidigt arbetsträning installeras, helst i den sjukas egen arbetsmiljö, är förutsättningarna för återgång i arbetet väsentligt bättre och rehabiliteringsåtgärder av mera avancerad art blir ej sällan obehövlige.

På en arbetsplats med organiserad företagshälsovård är förutsättningarna för tidiga rehabiliteringsåtgärder goda.

Föreningen delar även beredningens synpunkt att

alla behandlande läkare bör beakta patientens hela situation, icke enbart hans aktuella medicinska status, samt att detta förutsätter utbildning i metodik för konstruktivt rehabiliteringstänkande. Men för en läkare utanför arbetsplatserna råder betydande svårigheter att genomföra ett med industriläkaren analogt behandlingsschema. Hans tidsmässiga resurser för liknande initiativ är otillräckliga, hans insikter om arbetslivets krav och hans kunskaper om hur olika arbetsformer belastar individen är som regel ytliga. Sist men inte minst: hans uppdragsgivare är en hjälpsökande patient, som ofta ser känslomässigt på sin egen situation och gärna skjuter rehabiliteringsaspekterna åt sidan. Därför blir rutinen ofta sjukskrivning och behandling utan arbetsmässig aspekt och i slutändan ofta en rekommendation om lättare arbete i största allmänhet.

Svensk sjuksköterskeförening instämmer med beredningen i att

den slutna sjukvården bör genomsyrras av ett ökat socialmedicinskt handlande. Därvid bör patienternas rehabilitering ses som en integrerande del av sjukvården och redan på ett tidigt stadium präglade denna.

Om rehabiliteringen inom akut- och långtidsvård på både kroppssjukhus och mentalsjukhus skall kunna vinna allmänt insteg, är förutsättningen att inte bara läkarna utan i lika hög grad de arbetsledande sjuksköterskorna samt vårdpersonalen i övrigt är inställda på rehabilitering. Givetvis gäller detta även sjuksköterskorna i den öppna vården.

Svenska försäkringsbolags riksförbund delar beredningens uppfattning om

önskvärdheten av att rehabiliteringsåtgärder sättes in på ett tidigt stadium. Det är även viktigt att i den förebyggande vården uppmärksammas de förhållanden som kan medföra nedsatt arbetsförmåga. Icke minst bör därvid de mentalhygie-

niska problemen vid arbetsplatserna bli föremål för uppmärksamhet. I fråga om tidpunkten för vidtagande av rehabiliteringsåtgärder i varje enskilt fall åvilar ansvaret i hög grad försäkringskassorna och deras pensionsdelegationer. I Kungl. Maj:ts proposition nr 90 till 1962 års riksdag med förslag till lag om allmän försäkring m. m. uttalade chefen för socialdepartementet bl. a. att socialförsäkringsförmånen under rehabilitering i första hand bör vara sjukpenning och först i andra hand sjukbidrag vid längre rehabilitering och om pensionen är större än sjukpenningen. Denna ordning är enligt riksförbundets mening av väsentlig betydelse för att rehabiliteringsåtgärder skall få i största möjliga grad avsedd verkan. Förbundet vill erinra om att den norska socialförsäkringen är så inrättad att invalidpension icke beviljas förrän det undersökts huruvida rehabilitering är möjlig och vid positiv bedömning sådana åtgärder genomförts.

DVR understryker starkt betydelsen av tidigt insatta åtgärder och uppger att förbundets socialombud och *DVR*-distriktens heltidsanställda ombudsmän regelbundet bedriver en uppspårande verksamhet.

De möter därvid många invalidiserade, som icke varit i kontakt med samhällets organ för medicinsk och arbetsvårdande rehabilitering. Många gånger saknar vanföra hjälpmedel såsom rullstolar och lämpliga bandage, vilka de numera kan erhålla helt kostnadsfritt. Distriktsläkare och -sköterskor känner på många håll icke till de hjälpåtgärder, som samhället ställt till förfogande för invalidiserade. Förbundet vill därför föreslå att distriktsläkare och -sköterskor beredes möjlighet att utan kostnad och förlorad arbetsförtjänst genomgå kurser, där information lämnas om tillgängliga rehabiliteringsmöjligheter för handikappade. Förbundet finner det skäligt att staten lämnar ekonomiskt stöd till den uppspårande verksamhet, som bl. a. *DVR* bedriver.

Förbundet understryker vidare

CRB:s förslag om att man vid de läkarundersökningar, som sker vid barnavårdscentralerna, i skolan, av värnpliktiga och vid företagen, uppmärksammar medicinska problem, som kan medföra nedsatt arbetsförmåga. Härutöver vill förbundet förorda att man vid de läkarundersökningar, som företages vid barnavårdscentralerna och vid inträde i skolåldern, registrerar barn med fysiska handikapp. I bl. a. Schweiz och Finland sker en sådan registrering, varigenom man erhåller kännedom om antalet barn med olika grader av fysiska handikapp. Några sådana uppgifter går för närvarande icke att få fram i vårt land.

Handikapporganisationernas centralkommitté framhåller att försäkringskassorna har en viktig del i uppgiften att uppspåra rehabiliteringsfall.

Det är i sista hand på dem det ankommer att se till att ingen person "tappas bort" på vägen mellan sjukvård och arbetsvård. När det inom endera av dessa senare organ befinnes råda brist på erforderliga resurser har försäkringskassorna anledning att söka påtala föreliggande behov av utrustning och förstärkning.

Det får inte förbises att även försäkringskassorna för dessa uppgifter har behov av bättre resurser. Sålunda torde förtroendeläkarorganisationen behöva förstärkas. Likaså torde bl. a. erfordras att försäkringskassorna har särskilda kuratorer.

Kommentar

Inga invändningar har riktats mot promemorian i denna del. Tvärtom har de där anförda synpunkterna understrukits och betydelsen av deras tillämpning belysts med praktiska exempel.

Åtgärder synes sålunda böra vidtagas för att så långt det är möjligt åstadkomma en sådan tillämpning. Detta förutsätter bl. a. utfärdande av anvisningar till de berörda personalgrupperna genom vederbörande myndigheters och huvudmäns försorg om deras uppgifter vid bevakningen av rehabiliteringssynpunkterna i alla de sammanhang, där sådana aktualiseras. Önskemål härom har under senare år även framförts av olika personalorganisationer. I mån av behov bör särskilda informationskurser anordnas och en översyn av olika vårdformer ske för att garantera synpunkternas tillgodoseende. Stöd bör även ges åt sådan informationsverksamhet som bedrivs av frivilliga organisationer.

KAPITEL 7

Utbyggnaden av rehabiliteringsorganisationen

Promemorian

En systematisk uppspårande verksamhet kommer att ställa såväl kvalitativt som kvantitativt stora krav på rehabiliteringsorganisationen. Härigenom accentueras den påtagliga och oroväckande bristen på personal med erforderlig utbildning på alla områden inom den allmänna rehabiliteringsverksamheten — läkare, sjuksköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, kuratorer, psykologer, arbetsvårdstjänstemän och arbetsledare. Läget kompliceras av att osäkerhet ännu råder om vilka utbildningskrav, som bör ställas på flera av dessa personalkategorier. Önskvärt är att de i rehabiliteringsteamerna ingående personalgrupperna i någon form beredes tillfälle till viss samundervisning i syfte att öka deras förståelse för varandras uppgifter i rehabiliteringsarbetet.

Vid regionsjukhusen eller i nära samarbete med dem bör tillgång kunna beredas till de institutioner, den expertis och de resurser i övrigt, som fordras för såväl praktisk som teoretisk utbildning av blivande rehabiliteringspersonal samt för en effektiv forskning rörande olika för rehabiliteringsverksamheten betydelsefulla frågor. Utbyggnaden av rehabiliteringsorganisationen vid dessa sjukhus bör därför tillerkännas hög prioritet. Som i annat sammanhang framhålles bör denna organisation enligt beredningens mening vara utbyggd inom en tioårsperiod.

Vid regionsjukhusen bör finnas tillgång till erforderliga specialkliniker samt serviceorgan och andra institutioner, bl. a. inom sådana för verksamheten betydelsefulla områden som socialmedicin samt psykisk och fysisk långtidsvård. I själva rehabiliteringsorganisationen bör ingå dels en rehabiliteringsklinik med erforderliga resurser för fysisk och psykisk uppträning, omfattande även träning för de krav "det dagliga livets aktiviteter" ställer (ADL-träning), samt för social utredning och rådgivning och allsidig kvalificerad arbetsprövning. Vidare bör finnas en eller flera med sjukhuset samordnade institutioner för arbetsträning samt även för skyddad verksamhet. Härvid bör träningsverkstäder inom arbetsvården med härför lämpligt läge kunna utnyttjas för den yrkestekniska arbetsprövningen eller del av denna. Verksamheten bör på alla stadier bedrivas i nära samarbete med länsarbetsnämndernas organ för arbetsvård och yrkesvägledning.

Som förut framhållits, innebär icke beredningens här framförda syn-

punkter och förslag att krav ställes på en schematisk likriktning av organisationen inom olika områden. I mycket rör det sig här om en pionjärverksamhet, där de erfarenheter som successivt vinnas bör bli till ledning för den framtida utvecklingen.

Den rehabiliteringsorganisation, som skall finnas inom varje landstingsområde och stad utanför landsting, bör vid behov repliera på regionsjukvårdens rehabiliteringsresurser. Regionsjukhusen måste sålunda också inom detta område liksom inom andra medicinska specialområden få till uppgift att fungera dels som centrallasarett för närmast omgivande sjukvårdsområde, dels som remissinstanser för fall från hela den sjukvårdsregion, som ingår i deras upptagningsområde med avseende å viss mera kvalificerad vård, vilken inte har sin fulla motsvarighet på centrallasarettens nivå.

Rehabiliteringsverksamheten inom de olika sjukvårdsområdena bör i övrigt organiseras i första hand i anslutning till centrallasaretten, varvid dessa successivt såsom tidigare förutsatts bör utrustas med rehabiliteringskliniker. Vissa former av rehabilitering bör även bedrivas i anslutning till de mindre lasaretten, tjänsteläkarstationerna och företagsläkarmottagningarna.

Beredningen finner det sålunda angeläget att den påbörjade utbyggnaden av rehabiliteringskliniker, träningsverkstäder och anordningar för skyddad sysselsättning i de olika sjukvårdsområdena fullföljes samt att resurserna i dylikt hänseende dimensioneras under rationell samplanering med hänsyn till det inom varje område föreliggande behovet.

Inte endast arbetsprövning utan även arbetsträning och skyddad verksamhet bör alltid stå under betryggande medicinsk kontroll, då det ju är fråga om ömtåliga människor med brister i hälsotillståndet, vilka icke alltid är stationära.

Remissyttrandena

Det stora flertalet remissinstanser har berört *frågan om rehabiliteringsorganisationens utbyggnad vid regionsjukhusen* och har kraftigt understrukit nödvändigheten av den utbyggnad som CRB föreslagit.

Medicinalstyrelsen uttalar att den av CRB föreslagna utbyggnaden av rehabiliteringsverksamheten vid regionsjukhusen har varit och alltjämt är styrelsens linje. Styrelsen har även för avsikt att inom den närmaste framtiden utgiva nya råd och anvisningar rörande den medicinska rehabiliteringens organisation vid regionsjukhus och centrallasarett. Vidare anförts att det enligt styrelsens mening är en logisk följd av utvecklingen att utbildning och forskning inom rehabiliteringsområdet huvudsakligen kommer att förläggas till regionvårdskliniker.

Riksförsäkringsverket instämmer i att utbyggnaden vid regionsjukhusen bör ges en hög prioritet med hänsyn till dess betydelse för personalutbildning, forskning m. m.

Arbetsmarknadsstyrelsen vill

understryka vad beredningen anfört beträffande regionsjukhusens — framför allt undervisningssjukhusens — utbyggnad dels med sikte på utbildning av rehabiliteringspersonal och dels med hänsyn till det stora behovet av forskning på rehabiliteringens område. Styrelsen anser det självklart och nödvändigt, att rehabiliteringskliniker skall ingå i regionsjukhusens rehabiliteringsorganisation. Detta är för övrigt ingen nyhet, då det skisserades redan i medicinalstyrelsens VPM av år 1954, upprättad i samråd med arbetsmarknadsstyrelsen.

Direktionen för karolinska sjukhuset uttalar att den i likhet med beredningen anser en utbyggnad av resurserna för rehabilitering vid regionsjukhusen som det mest angelägna. I övrigt har direktionen — som tidigare redovisats — sagt sig visserligen kunna ge sin anslutning till många av beredningens ställningstaganden men dock ansett en överarbetning av de i promemorian uppdragna riktlinjerna böra komma till stånd, innan de lägges till grund för utbyggnaden av den allmänna rehabiliteringsorganisationen.

LO har anslutit sig till beredningens tanke att rehabiliteringsverksamheten bör utbyggas inom en tioårsperiod. Ett definitivt ställningstagande till programmet förutsätter dock att behoven inventeras och redovisas. Det är därför angeläget att konkreta planer för verksamhetens organisation snarast utarbetas och får ligga till grund för utbyggnaden.

Landstingsförbundets styrelse framhåller att

utbyggnaden av rehabiliteringsverksamheten kommer att ställa anspråk på stora investeringar såväl i byggnader och utrustning som icke minst i för uppgifterna specialutbildad personal. Bästa hushållningen med tillgängliga knappa resurser torde vinnas, om utbyggnaden av verksamheten på lämpligt sätt koncentreras till vissa centra. Styrelsen kan sålunda uttala sin anslutning till beredningens förslag att rehabiliteringsverksamheten i första hand utbygges vid regionsjukhusen.

Även *Stockholms läns landstings förvaltningsutskott* förordar att rehabiliteringsorganisationen snabbt utbygges på regionnivå, framför allt med tanke på utbildningen och forskningen inom området.

Kristianstads läns landstings förvaltningsutskott anser intet vara att erinra mot målsättningen att regionsjukhusen så småningom och på lång sikt bör utbyggas med sådana resurser, att såväl praktisk som teoretisk utbildning där kan komma till stånd.

Utskottet förordar emellertid att de medicinska rehabiliteringssträvandena

i första hand organiseras länsvis och att rehabiliteringskliniker inrättas vid centrallasaretten och att utbyggnaden av verksamheten vid regionsjukhusen med tyngdpunkt på utbildning och forskning aktualiseras senare.

Malmöhus läns landstings hälso- och sjukvårdsstyrelse anser i likhet med överläkarföreningen vid lasarettet i Lund, vars yttrande bifogats, att rehabiliteringsverksamheten måste utbyggas med början på regionsjukhusen.

Hallands läns landstings förvaltningsutskott ansluter sig till att utbyggnaden av rehabiliteringsorganisationen vid regionsjukhusen bör tillerkännas förtur men finner det tveksamt om skyddade verkstäder bör ingå i den regionala rehabiliteringsorganisationen. Utskottet förstår väl de önskemål om underlag för vid regionsjukhuset bedriven forskning, som har förestavat förslaget om regionala skyddade verkstäder, men finner att forskningsintressena kan tillgodoses lika väl genom att varje enskild huvudman inom regionen anordnar skyddade verkstäder.

Göteborgs och Bohus läns landstings förvaltningsutskott förordar liksom CRB prioritering av utbyggnaden på regionnivå, då detta är en förutsättning för att utbildningsbehovet för fortsatt utbyggnad på landstingsplanet skall kunna säkras.

Landstinget framhåller att det speciellt för de mindre bärkraftiga landstingskommunerna är vanskligt att engagera sig i "pionjärverksamhet" och anser att "vid sidan av verksamhetens och utbildningsresursernas utbyggnad regionvis torde därför den mest angelägna uppgiften vara att utarbeta råd och anvisningar för inrättande av rehabiliteringskliniker på landstingsplanet".

Älvsborgs läns landstings sjukvårdsstyrelse biträder CRB:s uttalanden om att utbyggnaden av rehabiliteringsorganisationen vid regionsjukhusen bör tillerkännas hög prioritet.

Skaraborgs läns landstings förvaltningsutskott understryker betydelsen av att rehabiliteringsverksamheten sjukvårdsområdesvis dimensioneras och organiseras under beaktande av föreliggande skiftande behov och lokala förhållanden. Utskottet anser vidare att av CRB föreslagna överläggningar mellan arbetsmarknadsstyrelsen, medicinalstyrelsen och rehabiliteringsverksamhetens huvudmän beträffande för arbetsprövningen erforderliga resurser och samarbetsformer bör till sin målsättning så utvidgas, att de även kommer att avse möjligheterna till samarbete på rehabiliteringsområdet mellan olika landsting inom en och samma region, där dessa kanske var för sig kan beräknas sakna underlag för hel utbyggnad av verksamhetens olika delar.

Värmlands läns landstings förvaltningsutskott anför följande.

Som det mest angelägna ser beredningen att i anslutning till regionsjukhusen utan dröjsmål skapas de resurser, som krävs för en kvalificerad rehabiliteringsverksamhet och för forskningen på detta område. Utskottet ställer sig tveksamt till förslaget att kvalificerad rehabiliteringsvård och forskning skall vara en direkt regionspecialitet. I vart fall bör forskningen bedrivas endast på undervisningsjukhusen.

Mot vad beredningen i övrigt föreslår om ansvarsfördelning och organisatoriska frågor i samband med uppbyggandet av här ifrågakvarande verksamhet har utskottet intet att erinra.

Örebro läns landstings förvaltningsutskott anser att

även i de fall när den akuta kurativa vården skett på regionsjukhusen bör normalt den speciella medicinska rehabiliteringen kunna förläggas till centrallasaretet i patientens hemlän. Rehabiliteringsavdelningarna vid regionsjukhusen bör därför väsentligen ha att ombesörja rehabiliteringsuppgifter för patienter från det egna sjukvårdsområdet. Akutsjukvården vid regionsjukhusen har emellertid drivits till en längre gående specialisering än vid centrallasaretten. Den har även till sitt förfogande flera serviceorgan och det är därför naturligt att regionsjukhusens rehabiliteringsavdelningar gives en mera omfattande utrustning än flertalet centrallasarets.

Gävleborgs läns landstings förvaltningsutskott anser det vara riktigt att företräde lämnas regionsjukhusen vid inrättande av speciella rehabiliteringskliniker med hänsyn till bl. a. personalutbildningen.

Landstingens förvaltningsutskott i Västernorrlands och Jämtlands län uttalar sig också för en utbyggnad i första hand på regionnivå.

Norrbottnens läns landstings förvaltningsutskott framhåller att

kravet på förstärkning av rehabiliteringsresurserna är starkt underbyggt och måste leda till kraftiga åtgärder. Framför allt gäller detta utbildning och rekrytering av kvalificerad personal, inte minst sjukgymnaster och arbetsterapeuter.

Utskottet anser därför att regionsjukhusen, framför allt undervisningsjukhusen, bör utrustas med rehabiliteringskliniker och de övriga resurser som krävs för praktisk och teoretisk utbildning av rehabiliteringspersonal.

Svenska stadsförbundets sjukvårdsdelegation anser det med hänsyn till personal- och personalutbildningsfrågorna välbetänkt att

i första hand utbygga rehabiliteringsverksamheten vid regionsjukhusen och där möjliggöra såväl praktisk som teoretisk utbildning av blivande rehabiliteringspersonal. Delegationen vill kraftigt understryka beredningens synpunkter på att huvudmännen skall ha möjlighet att vid denna utbyggnad söka sig fram på olika vägar. Detta synes delegationen nödvändigt även av det skälet, att den rehabiliteringsorganisation eller de planer för en sådan organisation, som redan finns, upplagts från delvis skilda lokala förutsättningar. Detta gäller bl. a. städerna Stock-

holm, Göteborg och Malmö. Delegationen finner det angeläget att den påbörjade utbyggnaden i dessa städer fullföljes och att de därvid vunna erfarenheterna — icke minst i fråga om samarbetet mellan sjukvård och arbetsvård — sedermera tillgodogöres det blivande planeringsarbetet.

Stockholms stads sjukvårdsstyrelse anser det, med hänsyn till den påtagliga bristen på personal med lämplig utbildning, i likhet med beredningens angeläget att

erforderliga resurser tillskapas för såväl teoretisk som praktisk utbildning av blivande rehabiliteringspersonal av olika kategorier. Detta i förening med kravet på intensifierad forskning inom området ger klart belägg för önskvärdheten av att regionsjukhusen, framför allt undervisningssjukhusen, i första hand utrustas med ändamålsenliga rehabiliteringsresurser. Beredningens förslag att den vid dessa sjukhus härvidlag erforderliga utbyggnaden skall tillerkännas hög prioritet, och att den i vart fall bör vara slutförd under den närmaste 10-årsperioden synes väl motiverat.

Arbetsvårdschefen i Stockholms stad understryker

vad beredningen anfört beträffande betydelsen av regionsjukhusens utbyggnad med sikte på såväl utbildning av personal som behovet av forskning på rehabiliteringens område.

Göteborgs sjukvårdsstyrelse åberopar en av sjukvårdsdirektören avgiven promemoria, i vilken framhållits att även forskningssynpunkter talar för en sådan prioritering av utbyggnaden vid regionsjukhusen, framför allt undervisningssjukhusen, som CRB förordat.

Vidare understrykes CRB:s uttalande att förslaget till rehabiliteringsorganisation vid regionsjukhusen icke innebär krav på likriktning av organisationen inom olika områden utan att de erfarenheter, som successivt kommer att vinnas, bör bli till ledning för den framtida utvecklingen.

Med tanke på den i Göteborg redan bedrivna, relativt omfattande rehabiliteringsverksamheten — främst vid avdelningen för fysikalisk terapi vid Sahlgrenska sjukhuset och vid neurologiska klinikens särskilda rehabiliteringsavdelning — och på planerna på en mycket betydande utbyggnad av resurserna i anslutning till det planerade Östra sjukhuset, skulle det vara olyckligt om organisationen i förtid skulle komma att låsas i en bestämd riktning. Detta gäller icke minst i frågan huruvida, i vilken utsträckning och i vilka former rehabiliteringsresurser vid sidan av en särskild rehabiliteringsklinik skall förekomma vid vissa specialiserade kliniker.

Sveriges läkarförbund ansluter sig till beredningens åsikt att ett starkt behov föreligger av en utbyggnad av rehabiliteringsorganisationen och att denna i första hand bör ske på regionnivå.

SVCK finner det i likhet med beredningen angeläget att rehabiliteringsavdelningar organiseras i första hand vid regionsjukhusen men även vid centrallasaretten så snart ske kan, och att frågan bör givas hög prioritet.

DVR instämmer i beredningens uppfattning att utbyggnaden av rehabiliteringsorganisationen vid regionsjukhusen bör tillerkännas hög prioritet.

Remissinstansterna går i detta sammanhang även in på frågan om *utbyggnaden av rehabiliteringsorganisationen i övrigt* och betonar särskilt behovet av ökade resurser inom alla grenar av verksamheten.

Statskontoret finner det angeläget att rehabiliteringsverksamheten ges sådana resurser att dess standard kan hållas i paritet med andra vårdområdens och anser att de av beredningen föreslagna riktlinjerna i stort sett bör kunna läggas till grund för beredningens fortsatta arbete. Ämbetsverket har dock vissa erinringar, vilka upptagits i annat sammanhang.

Arbetsmarknadsstyrelsen understryker vad beredningen anfört beträffande behovet av en kraftig förstärkning av rehabiliteringsresurserna inom sjukvård, arbetsvård och socialvård och framhåller vidare följande.

Mångdubbelt ökade resurser för arbetsprövning, arbetsträning och skyddad sysselsättning måste till för att tillgodose redan nu föreliggande behov. Den nya lagen om allmän försäkring kommer, om kraftiga åtgärder ej vidtages, att ytterligare vidga diskrepansen mellan resurser och behov.

Styrelsen för statens arbetsklirik i Stockholm förklarar att den i princip helt ansluter sig till vad beredningen anfört beträffande nödvändigheten av rehabiliteringsverksamhetens utbyggnad och vidgad utbildningsverksamhet för rehabiliteringspersonal samt vikten av ökad forskning på området. Styrelsen vill dock framhålla, att utbyggnaden av rehabiliteringsverksamheten måste grunda sig på ett tillförlitligt utredningsmaterial, så att man kan bedöma angelägenhetsgrad, omfattning och inriktning av aktuella åtgärder. Styrelsen nödgas konstatera att utredningen i dessa delar icke ger tillräckligt underlag.

Arbetsmarknadsutredningen framhåller, efter att särskilt ha gått in på frågan om arbetsprövning, att

vad i övrigt gäller arbetsvårdens organisation och utformning har beredningen i olika avsnitt av promemorian framfört synpunkter och förslag ägnade att främja utvecklingen på detta område och samordningen med den medicinska rehabiliteringen. Flertalet av dessa allmänt hållna rekommendationer torde behöva bli föremål för ytterligare utredning, innan de kan läggas till grund för konkreta förslag till åtgärder.

1961 års sjukförsäkringsutredning vill, oavsett hur rehabiliteringsverksamheten lokalt och regionalt skall samordnas och ledas,

understryka angelägenheten av att de olika former av verksamhet för rehabiliteringsåtgärder, vilka omnämns i beredningens promemoria, blir föremål för snabb och ändamålsenlig planering och verkställighet.

Styrelsen för landskommunernas förbund kan i huvudsak tillstyrka de av beredningen föreslagna riktlinjerna för den allmänna rehabiliteringsorganisationen men ifrågasätter i viss mån förslagen i fråga om arbetsprövning.

Svenska arbetsgivareföreningen anser att utvecklingen på rehabiliteringsområdet för närvarande går så snabbt framåt, att dagens behandlingsformer redan inom ett fåtal år kan vara starkt föråldrade.

Tyngdpunkten bör således till en början läggas mera på utbildning — och vidareutbildning — av vårdpersonalen och mindre på investeringar i nya anläggningar. Redan en sådan vårdform som att varje patient kan ägnas mera tid — för närvarande hinner som regel icke läkarna tillräckligt sätta sig in i varje patients problem — torde väsentligt underlätta rehabiliteringen.

Från sjukvårdshuvudmännen föreligger följande uttalanden.

Östergötlands läns landstings förvaltningsutskott vill starkt understryka angelägenheten av att rehabiliteringskliniker snarast och i tillräcklig omfattning kommer till stånd inom landet.

Jönköpings läns landstings sjukvårdsstyrelse anser det uppenbart att en omfattande utbyggnad och samordning av resurserna för medicinsk rehabilitering och arbetsvård måste ske. Sjukvårdsstyrelsen framhåller i anslutning härtill att för Jönköpings läns landstings vidkommande redan nu finns ett väl utbyggt arbetsträningsinstitut, samägt av de småländska landstingen, och att vid centrallasarettet i Jönköping en rehabiliteringsklinik är under färdigställande. Vid arbetsträningsinstitutet kommer — under förutsättning att personalfrågorna kan lösas — arbetsprövning att bedrivas i samverkan med arbetsmarknadsstyrelsen och länsarbetsnämnden. Sjukvårdsstyrelsen anser sig därmed i princip redan ha ordnat respektive planerat för rehabiliteringsverksamhet efter i stort sett de riktlinjer, som av beredningen uppdragits.

Kalmar läns norra landstings förvaltningsutskott tillstyrker att rehabiliteringskliniker inrättas vid centrallasarettet men framhåller att det, där upptagningsområdet är förhållandevis litet, torde få förutsättas, att närmast belägna regionsjukhus anlitas för rehabilitering i den mån de lokala resurserna ej är tillfyllest.

Gotlands läns landstings förvaltningsutskott har icke något att erinra mot de i promemorian framförda synpunkterna, vilka synes ansluta sig till vad de olika huvudmännen var och en efter sina lokala omständigheter och resurser planerar för rehabiliteringens ordnande.

Blekinge läns landstings förvaltningsutskott åberopar en av Karlskrona lasarets byggnadskommitté framlagd utredning vari anförts att man — med hänsyn till dels det aktuella befolkningsunderlaget, dels den säkerligen för avsevärd tid framåt förefintliga bristen på läkare inom rehabiliteringsspecialiteten — åtminstone under överskådlig tid framåt bör inskränka sig till en rehabiliteringsorganisation, som närmast står under administrativt överinseende av *långtidsvårdens läkare*, men där dirigerandet av behandlingen i det enskilda fallet och kontrollen av resultatet utövas av respektive klinikers läkare.

Kristianstads läns landstings förvaltningsutskott framhåller, efter att ha betonat att man torde kunna räkna med stegrat intresse från landstingens sida att inrätta rehabiliteringskliniker och med dessa samarbetande institutioner för arbetsträning och skyddad verksamhet, att inom Kristianstads län etablerats ett fast samarbete sedan två år tillbaka mellan sjukvårdsorganen, länsarbetsnämnden och försäkringskassorna. Förvaltningsutskottet anser emellertid att rehabiliteringsklinikerna bör utgöra ett naturligt centrum och en rådgivande central instans för den rent medicinska rehabiliteringen, men att den fortsatta rehabiliteringsverksamheten (arbetsträning, skyddad sysselsättning, omskolning, yrkesutbildning) bör stå under huvudmannaskap av länsarbetsnämndernas arbetsvårdsorgan under förutsättning att medicinsk expertis fortsätter och fullföljer även denna del av rehabiliteringen.

Hallands läns landstings förvaltningsutskott

finner det i likhet med beredningen angeläget att rehabiliteringsverksamhet anordnas även inom de olika sjukvårdsområdena med hänsyn till deras behov och till resurserna ifråga om utbildad personal. Det hade dock varit önskvärt, att beredningen närmare preciserat vilka former av rehabilitering, som lämpligen kan bedrivas vid mindre lasarett och tjänsteläkarstationer.

Göteborgs och Bohus läns landstings förvaltningsutskott anser att vid sidan av verksamhetens och utbildningsresursernas utbyggnad regionvis den mest angelägna uppgiften torde vara att utarbeta råd och anvisningar för inrättande av rehabiliteringskliniker på landstingsplanet.

Älvsborgs läns landstings sjukvårdsstyrelse biträder CRB:s uttalanden att rehabiliteringsverksamheten vid sidan av utbyggnaden på regionnivå inom de olika sjukvårdsområdena i övrigt bör organiseras i första hand i anslutning till centrallasaretten.

Skaraborgs läns landstings förvaltningsutskott understryker betydelsen av att rehabiliteringsverksamheten sjukvårdsområdesvis dimensioneras och organiseras under beaktande av föreliggande skiftande behov och lokala förhållanden och ansluter sig i stort sett till de allmänna synpunkter

och riktlinjer, som framförts i det föreliggande principbetänkandet om rehabiliteringens målsättning och organisation. I anslutning härtill redovisas även verksamhetens utbyggnad och vissa organisatoriska problem i samband därmed inom Skaraborgs län.

Örebro läns landstings förvaltningsutskott betonar betydelsen av tidig inriktning av all sjukvård på återanpassning i arbets- och samhällsliv och konstaterar att den moderna svenska sjukvården dess bättre har en sådan inställning. Den medicinska rehabiliteringen innebär därför inte någon nyhet inom den svenska sjukvården.

Vad som nu pågår är att den givas utökade resurser och får sin egen organisation. Vid denna utbyggnad av den medicinska rehabiliteringen är det dock av allra största angelägenhet att den nära kontakten och samarbetet mellan den framväxande speciella rehabiliteringsorganisationen och akutsjukhusens övriga kliniker, mentalsjukvård, långtidssjukvård och öppen sjukvård bibehålles och stärkes. Inom sjukvårdsorganisationen bör alltjämt ansvaret för rehabiliteringsåtgärderna så långt som möjligt kvarligga hos den läkare som är ansvarig för den kurativa vården. I flertalet fall bör därför den speciella rehabiliteringsorganisationen fungera som ett serviceorgan och behandlingsprogrammet uppläggas i samförstånd med den för patienten ansvarige läkaren. Ett sådant nära och fortlöpande samarbete mellan rehabiliteringsorganisationen och sjukhusets övriga kliniker har icke minst sin betydelse däri att personalen på akutsjukvårdsklinikerna göres mer förtrogen med rehabiliteringsverksamheten och får bättre förutsättningar att redan från det akutbehandlingen i de enskilda fallen påbörjas ta hänsyn till den fortsatta utvecklingen mot återgång till arbets- och samhällsliv.

Förvaltningsutskottet finner det naturligt att till varje utbyggt centrallasarett fogas en särskild rehabiliteringsavdelning, dit den mera krävande medicinska rehabiliteringen inom sjukvården koncentreras. På längre sikt bör man räkna med att varje sjukvårdsområde erhåller sådana rehabiliteringsresurser att endast undantagsvis remisser behöver ske från centrallasaretten till regionsjukhusen.

Västmanlands läns landstings förvaltningsutskott anför följande.

CRB:s förslag och synpunkter ansluter sig i allt väsentligt till den organisationsform, som tillämpas inom härvarande landsting. I flera avseenden innebär de föreslagna riktlinjerna en normalisering av principer, som sedan länge varit vägledande i Västmanlands län, exempelvis ifråga om arbetsträningsinstitutens förläggande i närheten av sjukhus och huvudmannaskapet för de skyddade verkstäderna. I några fall vill kommittén dock anmäla en emot CRB:s uppfattning avvikande mening.

I ett bifogat yttrande från *landstingets sjukhusdirektion i Västerås* framhålls att de riktlinjer för den allmänna rehabiliteringsverksamheten, som angivits i förevarande betänkande, enligt direktionens mening synes väl överensstämma med de principiella intentioner beträffande organisation och samordning av den medicinska och sociala rehabiliteringsverksamheten, som börjat uppbyggas inom Västmanlands läns landsting. Sålunda har ju arbetsträningsinstitutet byggts intill centrallasarettet, och sedan

1962 organiseras en central lasarettansluten rehabiliteringsverksamhet, som ansluter sig till den inom rehabiliteringsberedningen upprättade funktionsplanen. Direktionen delar därför i allt väsentligt de grundprinciper, varpå betänkandet baserats, och har, utifrån de synpunkter direktionen numera har att företräda, ingen erinran emot de framförda förslagen annat än i frågan om arbetsprövningens placering i rehabiliteringsorganisationen, vilken direktionen finner böra bli föremål för närmare utredning och precisering.

Kopparbergs läns landstings förvaltningsutskott konstaterar att enligt CRB bör

rehabilitering och arbetsprövning ske i anslutning till regionsjukhus och centrallasarett. Varje centrallasarett bör sålunda erhålla rehabiliteringsklinik. Den till Falu lasarett planerade kliniken ligger alltså helt i linje med beredningens önskemål.

Samtidigt upplyses emellertid att i anslutning till i Borlänge befintlig arbetsträningsverkstad undersöks för närvarande möjligheterna att dit förlägga en särskild arbetsprövningsavdelning.

Gävleborgs läns landstings förvaltningsutskott, som betonar behovet av sjukvårdsplatser i periferien, understryker det stora behovet av rehabilitering för åldringar och långtidssjuka, vilket torde komma att öka i framtiden.

Förvaltningsutskotten i Västernorrlands läns landsting och *Jämtlands läns landsting* understryker att även centrallasarettens successivt bör utrustas med rehabiliteringsklinik liksom att en utbyggnad och förstärkning bör ske av samtliga led i rehabiliteringsorganisationen.

Norrbottnens läns landstings förvaltningsutskott, som i första hand förordar utbyggnad av regionsjukhusen, anser även att utbyggnaden av resurserna för medicinsk rehabilitering, arbetsprövning och arbetsträning samt skyddad sysselsättning på länsplanet bör med hög prioritet fullföljas för att ge alla medborgare någorlunda nära och lätt tillgång till dylik service. Ett landstingsövertagande av ansvaret för skyddad verksamhet kan därvid övervägas i samordningens och effektivitetens intresse.

Vidare uppges att en rehabiliteringsklinik planeras vid länets centrallasarett i Boden, men frågan står ännu öppen huruvida denna klinik bör förses med några egna vårdplatser och i så fall hur många; därvidlag hade det varit av värde att nu få några centrala råd och anvisningar. Vissa former av rehabilitering skall naturligtvis bedrivas i anslutning till de övriga lasarettens och läkarstationerna m. m.

Stockholms stads socialnämnd, som anser det angeläget att rehabiliteringssträvandena i de enskilda fallen sätts in så tidigt som möjligt, bedömer det därför som riktigt "att speciella rehabiliteringsavdelningar med medicinska utredningsresurser och differentierade terapeutiska behandlingsmöjligheter kommer till stånd vid sjukhusen. På så sätt skapas de bästa medicinska förutsättningarna för den fortsatta rehabiliteringsverksamheten inom arbetsvården".

Arbetsvårdschefen i Stockholm anser det i fråga om den yrkesmässiga rehabiliteringen böra uppmärksammas att

det krävs inte bara en upprustning på den statliga arbetsvårdssidan utan mångdubbelt ökade resurser för arbetsprövning, arbetsträning och skyddad verksamhet för att tillgodose redan nu föreliggande behov. Tillämpningen av den nya lagen om allmän försäkring kan befaras ytterligare vidga diskrepansen mellan resurser och behov.

Beredningen har i allt för hög grad schematiserat rehabiliteringen till att gälla sjukvårdspatienter. Den större delen av klientelet inom arbetsvården kommer för närvarande inte via sjukvården. Möjligen kan sägas att medicinsk vård borde föregå arbetsprövning eller arbetsträning. Frågan hur man därvid skall kunna tillgodose de stora uppdämda rehabiliteringsbehov, som föreligger, har inte berörts av beredningen.

Göteborgs sjukvårdsstyrelse har jämte sitt remissyttrande över CRB:s PM för kännedom översänt ett yttrande den 3 oktober 1961 över ett betänkande som den 20 juni 1961 avgavs av Göteborgs stadsfullmäktiges år 1960 tillsatta rehabiliteringsberedning. Sjukvårdsstyrelsen gör här följande uttalande.

Den medicinska rehabiliteringen bör självfallet sortera under sjukvårdsstyrelsen. När det gäller den rehabilitering som är att hänföra till arbetsvård, förefaller det, såvitt nu kan bedömas, som om övervägande skäl talar för att även denna omhändersas av sjukvårdsstyrelsen. I vart fall bör enligt styrelsens mening något särskilt organ ej nu tillsättas för ledning av arbetsvården. Skulle det i framtiden bedömas motiverat med någon ändring i huvudmannskapet för rehabiliteringen, bör frågan kunna upptagas till prövning på nytt.

Ur en av sjukvårdsdirektören den 18 september 1961 avgiven PM över samma betänkande framhålls att om man

vidhåller uppdelningen administrativt i en medicinsk och en arbetsvårdande sida av rehabilitering, måste det vara riktigt och motiverat, att den medicinska rehabiliteringen lämnas på sjukhus och framföres, tills patienten är mogen att återgå till arbete eller hem eller att övergå till ett institut med resurser för den arbetsvårdande sidan, vilket institut väl behöver läkare för kontroll och tillsyn i samband med arbetsträning o. dyl. men icke bör förses med lokaler, utrustning och personal för medicinsk diagnostik och terapi.

Man kan emellertid med tanke på bl. a. de samordningssvårigheter, som uppstår vid rehabilitering av en sjuk eller skadad person, diskutera en annan organisatorisk

lösning. Det är otvivelaktigt på det sättet att rehabilitering börjar i samband med behandling på sjukhus och att den medicinska rehabiliteringen är den grundläggande behandlingen, som bör ske på ett sjukhus med dess resurser. Medicinsk vård och arbetsvård måste gå hand i hand hela vägen igenom, och arbetsvården bildar en fortsättning på den medicinska vården. Rehabiliteringen måste ses som en enhetlig process, som ej bör splittras genom en administrativ klyvning på medicinska och arbetsvårdande åtgärder. Det kan framför allt ej vara lyckligt, att klienten på sjukhuset får en begränsad och ofullbordad medicinsk rehabilitering och att denna sedan fullföljes av andra läkare vid ett från sjukhuset administrativt skilt institut. Även när arbetsvårdande åtgärder i slutfasen dominerar, behövs läkares bistånd, och det är bäst om samma läkarteam då biträder. För medicinsk rehabilitering erfordras därjämte åtskilliga kostsamma resurser såsom ovan antytts. Dessa resurser behövs i stor utsträckning under alla förhållanden på sjukhuset. Delas rehabiliteringsvården upp på sjukhus och ett särskilt institut för arbetsvård med viss medicinsk vård, blir dubblingar ofrånkomliga och förutsättningarna för en enhetlig behandling av klienten minskas. Det måste vara enklare och mer rationellt att förse sjukhuset med lokaler och personal för sådan arbetsprövning och arbetsutövning, som successivt förberetts under sjukdomsbehandlingen och som vidtager som en slutfas i rehabiliteringen. Ej på sjukhus vårdade bör remitteras till sjukhus för behövlig undersökning och behandling. En och samme chefsläkare med socialmedicinsk utbildning kan då ansvara för hela verksamheten med hjälp av biträdande läkare i erforderlig utsträckning och med bistånd för det arbetsvårdande avsnittet av härför utbildad och erfaren personal, vari inbegripes även administrativ lokal ledning.

Detta resonemang leder till att såväl den medicinska som den arbetsvårdsmässiga rehabiliteringen bör sortera under sjukvårdsmyndigheten. Det är en praktisk fråga, om man i en byggnad för sjukhuset inrymmer både lokaler för arbetsvård och resurser för medicinsk vård och låter sjukhuset begagna sig av de medicinska resurserna för övriga patienter, eller om man ger sjukhuset nödiga medicinska resurser på sedvanligt sätt och inrymmer arbetsvårdsverksamheten i en särskild byggnad på området. Huvudsaken är, att båda slagen av resurser finns på sjukhuset och står under gemensam ledning.

Göteborgs sjukvårdsstyrelse inhämtade även yttrande över Göteborgs rehabiliteringsberednings betänkande om rehabiliteringsverksamheten i staden från *extra överläkaren Åke Stenram vid Sahlgrenska sjukhusets avdelning för fysikalisk terapi och rehabilitering*, vilken bl. a. åberopat erfarenheter från Akers sykehus i Oslo, statens arbetsklirik vid karolinska sjukhuset och lasarettet i Västerås samt från England, där man förstått betydelsen av att arbetsträningsverkstäder förläggs i anslutning till ett större sjukhus' rehabiliteringsavdelning. Möjligheten att utan tidsspilla få tillgång till ett stort sjukhus' alla diagnostiska resurser framhålls som den första förutsättningen för en framgångsrik rehabilitering och vidare hävdas att en fortsatt medicinsk rehabilitering är mycket viktig även under arbetsträningen.

Dr Stenram betonar också att

de psykiska reaktioner som sker hos varje individ, som drabbas av en svår sjukdom eller olycksfall, kan hos många få en sådan karaktär att de motverkar tillfrisknand-

det. De ogynnsamma reaktionerna utbildas lättast om vederbörande lämnas för sig själv. Rehabiliteringsprocessen måste därför starta redan under det rent medicinska omhändertagandet och ej upphöra förrän individen återförts så långt det går till normalt liv. Detta sker lättast om den medicinska och den sociala rehabiliteringsverksamheten ligger i omedelbar anslutning till varandra.

Man har i våra dagar insett det psykiskt ogynnsamma i att låta hjälpbehövande uppsöka flera olika sociala institutioner. Det finns därför en stark strävan att sammanslå eller åtminstone få ett nära samarbete mellan olika sociala organ. Inom rehabiliteringsverksamheten är det oerhört viktigt att klienten kan få ett personligt förtroende för några få personer, som följer honom hela tiden och som inbördes samarbetar för att på bästa sätt hjälpa honom. Samme läkare, arbetsvårdstjänsteman, kurator och sjukgymnast bör följa honom genom hela rehabiliteringen.

Vidare anses att man även ur ekonomisk synpunkt har mycket att vinna på en nära anknytning mellan den medicinska och den sociala rehabiliteringen.

Malmö stads sjukvårdsstyrelse framhåller att

då färdigställande av speciella rehabiliteringskliniker torde komma att taga ganska avsevärd tid, bör beredningen redan nu verka för att lokaler och personal snarast ställes till förfogande för den rehabiliteringsverksamhet som kan påbörjas och intensifieras i avvaktan på tillkomsten av dylika kliniker. En icke oväsentlig del av det klientel, som kräver rehabilitering, torde härigenom kunna återföras till arbete.

Sveriges läkarförbund anser det naturligt att rehabiliteringsverksamheten bör organiseras i anslutning till centralasaretten i form av särskilda rehabiliteringskliniker.

Hur organisationen med hänsyn till de skilda betingelser, som råder ute i landet, mera i detalj bör utformas, anser vi oss för närvarande inte kunna bedöma. Vi vill i stället föreslå, att man här prövar sig fram längs olika vägar, och låter framtida erfarenheter bli vägledande för uppgörandet av detaljplanerna. Härvid bör olika lokala rehabiliteringsorgan stimuleras att finna de utvecklings- och organisationsformer som bäst passar deras förhållanden. Det torde inte å priori vara givet att centralplanering härvidlag är det bästa sättet att främja en ändamålsenlig utveckling.

Svenska läkaresällskapet framhåller att beredningen redan nu bör — utan att avvakta de utredningar som sällskapet i annat sammanhang påyrkat — med kraft verka för att lokaler och personal snarast ställes till förfogande för den rehabiliteringsverksamhet, som kan påbörjas och intensifieras utan investering i speciella rehabiliteringskliniker med en — jämfört med utländska förhållanden — dyrbar utrustning och planläggning.

Även *Svensk sjuksköterskeförening, Föreningen Sveriges arbetsterapeuter och Folksam* ansluter sig till beredningens åsikt att en kraftig utbyggnad av resurserna är nödvändig.

Svenska försäkringsbolags riksförbund instämmer

i beredningens uttalanden om kravet på utbyggnad och samordning av resurserna för medicinsk rehabilitering och arbetsvård. Därvid bör särskilt uppmärksammas den allmänt omvittnade bristen på personal. En mycket viktig åtgärd måste därför vara att noggrant uppställa prognoser angående personalbehovet och planlägga utbildningen för denna personal.

SVCK har, som ovan redovisats, tillstyrkt förslaget att rehabiliteringsavdelningar organiseras i första hand vid regionsjukhusen, men kommittén anser det

icke nödvändigt att följa nuvarande utbyggnadsmodell med planering och byggnad av stora anläggningar, som därefter på grund av personalbrist m. m. kan komma att stå outnyttjade många år. En riktigare och mera lättframkomlig väg har tidigare i flera sammanhang föreslagits av *SVCK*. Den innebär i korthet, att verksamheten skall starta med redan befintliga resurser, dvs. i princip sjukhusens avdelningar för fysioterapi. Dessa aktiviteter skulle alltså sammanföras till en serviceavdelning och ställas under en överläkares ledning. I samråd med denne och honom underställd personal kan sedan en vidare utbyggnad planeras och genomföras med redan befintliga resurser som grund. Detta provisoriska arrangemang med successivt utbyggda serviceavdelningar för den medicinska rehabiliteringen skulle på relativt kort tid kunna förverkligas och förse sjukvård och socialförsäkring med en del av de omedelbart behövliga resurserna. Om så skulle anses lämpligt, kan dessa avdelningar efter hand ytterligare utbyggas med egna vårdplatser, samtidigt som de redan från första stund utgör en funktionsduglig stomme i rehabiliteringsverksamheten.

DVR har, som ovan framgått, velat ge utbyggnaden vid regionsjukhusen hög prioritet.

Förbundet vill emellertid framhålla att detta icke bör hindra att man jämsides därmed gör en upprustning av de ortopediska klinikerna. Dessa bör utrustas med avdelningar för gångträning och träning att använda olika slag av hand- och armproteser. Inlärandet av användningen av ortopediska hjälpmedel hör så nära samman med den medicinska behandlingen vid ortopediska kliniker att verksamheten bör ske under kontroll av ortopediskt utbildad läkare. Ordinationen av ortopediska hjälpmedel kan icke heller anses verkställd, förrän patienten vant sig vid hjälpmedlet samt lärt sig att använda det.

Kvinnoorganisationernas stiftelse till stöd åt handikappade husmödrar uttalar följande.

Enligt stiftelsens mening kan det inte nog betonas hur väsentligt det är att den medicinska rehabiliteringsverksamheten liksom den arbetsvårdande får starkt ökade resurser. Minst lika viktigt är att man lyckas skapa en effektiv samordning mellan den medicinska och arbetsvårdande rehabiliteringsverksamheten.

Hörselfrämjandets riksförbund framhåller det nödvändiga i att resurserna även inom hörselvårdens område förstärks.

Handikapporganisationernas centralkommitté nöjer sig med att framhålla det allmänna behovet av att organisationen skall vara smidig och effektiv, möjligast fri från byråkrati och pappersvälde, och att de olika organ som arbetar på området söker samverka på bästa sätt. Det får t. ex. inte förekomma att en person som "färdigbehandlats" på sjukvårdssidan men är i behov av arbetsvård blir "utskri-ven" från sjukvården men lämnas att själv på egen hand söka sig till nästa organ av vars tjänst han eller hon har behov.

Kommentar

Som framgår av ovanstående referat är remissorganens inställning till en snabb utbyggnad av rehabiliteringsorganisationen såväl på regionnivå som inom landstingsområdena och städerna utanför landsting (i det följande kallade sjukvårdsområden) klart positiv utan att därför de härmed förbundna svårigheterna underskattas.

Frågan om rehabiliteringsorganisationen på regionnivå berördes icke i medicinalstyrelsens VPM 1954, vilket av misstag uppges i arbetsmarknadsstyrelsens remissyttrande. Först år 1962 aktualiserade medicinalstyrelsen tanken på vissa speciella rehabiliteringsanläggningar på regionnivå (för neurologisk rehabilitering och foniatri). Givetvis måste dock ha förutsatts att regionsjukhusen i sin egenskap av centrallasarett skulle vara försedda med allmänna medicinska rehabiliteringskliniker.

Vad CRB åsyftat i sin PM är att fastslå att regionsjukhusen måste spela en särskilt betydelsefull roll inom rehabiliteringsorganisationen som centra för forskning och utbildning och för omhändertagande av speciellt komplicerade sjukdoms- och rehabiliteringsfall inom respektive sjukvårdsregion. Det är med hänsyn härtill som CRB — mot bakgrund av bl. a. rådande knapphet på resurser av framför allt personell art för en önskvärd utbyggnad av rehabiliteringsorganisationen inom samtliga sjukvårdsområden — förordat en prioritering av utbyggnaden på regionnivå, som kan möjliggöra att organisationen i denna del skall kunna träda i funktion inom en tioårsperiod räknat från 1963 års ingång. Om så icke sker befarar CRB att de investeringar, som görs av huvudmännen inom de enskilda sjukvårdsområdena, kan bli mindre fruktbringande framför allt på grund av svårigheten att erhålla kvalificerade sökande till inrättade tjänster. Redan i dag står som bekant de sjukvårdshuvudmän, som framsynt satsat på inrättandet av rehabiliteringsinstitutioner, på flera håll i landet inför svåra problem av sådan art. En samordning av utbildnings- och utbyggnadsprogrammen är sålunda en av förutsättningarna för att maximal effekt skall nås av de insatser som göres.

De i promemorian anförda skälen för att utbyggnaden av organisationen vid och i anslutning till regionsjukhusen bör ges hög prioritet har — med något enstaka undantag — allmänt rönt instämmande från remissorganen.

Ett av landstingens förvaltningsutskott har fått den uppfattningen att CRB föreslår att kvalificerad rehabiliteringsvård och -forskning skall vara en direkt regionspecialitet. Något sådant förslag har CRB inte framfört.

Av Hallands läns landstings förvaltningsutskott har ifrågasatts om rehabiliteringsorganisationen på regionnivå behöver omfatta även skyddad verksamhet. CRB vill härom framhålla att ett av skälen härtill givetvis är det av förvaltningsutskottet berörda önskemålet om underlag för forskning och undervisning när det gäller de med det skyddade klientelet och för dem anordnad verksamhet förenade problemen. Härutöver må erinras om att redan för den rehabiliteringsverksamhet, som bedrivs inom ett normalt sjukvårdsområde, erfordras resurser för skyddad sysselsättning. Rehabiliteringsorganisationen i anslutning till ett regionsjukhus synes icke i detta hänseende böra vara sämre ställd än den kring ett vanligt centrallasarett uppbyggda. Beredningen vill gärna understryka värdet av att skyddad sysselsättning i största möjliga utsträckning finnes att tillgå i vederbörande patienters hemort. För rehabiliteringsfall från annan ort, som under längre tid ansetts vara i behov av regionsjukhusets rehabiliteringsresurser, måste det dock vara av värde att i vissa fall ha tillgång till skyddad sysselsättning. CRB delar den av vissa remissorgan framförda uppfattningen att en utbyggnad av rehabiliteringsresurserna på länsplanet i anslutning till centrallasaretten successivt bör kunna minska antalet fall i behov av sådana resurser på regionnivå, icke minst när det gäller den yrkesmässiga rehabiliteringen, där anknytningen till hemorten och dess näringsliv ofta kan vara utslagsgivande för rehabiliteringsresultatet.

Beträffande övriga under denna punkt upptagna spörsmål — framför allt fullföljandet av den påbörjade utbyggnaden av rehabiliteringskliniker, träningsverkstäder och anordningar för skyddad sysselsättning inom och utanför den institutionella vården i de olika sjukvårdsområdena — har några delade meningar knappast kommit till uttryck om att denna bör ske under rationell samplanering och samdimensionering av de olika resurserna. Härvid har bl. a. framhållits betydelsen av att i vissa fall flera sjukvårdsområden kan träffa gemensamma åtgärder. Önskemål har vidare framförts om närmare råd och anvisningar bl. a. för inrättandet av rehabiliteringskliniker. Som framgår av medicinalstyrelsens yttrande har styrelsen för avsikt att utfärda råd och anvisningar rörande den medicinska rehabiliteringens organisation vid regionsjukhus och centrallasarett. Förslagen till sådana råd och anvisningar har diskuterats med CRB, som ansett ytterligare klarlägganden nödvändiga för att anvisningarna skall kunna tjäna det avsedda syftet. Av andra remissorgan har särskilt understrukits vad beredningen anfört om att huvudmännen skall ha möjlighet att med hänsyn till olika lokala förhållanden vid utbyggnaden söka sig fram på olika vägar.

I den av Norrbottens läns landstings förvaltningsutskott berörda frågan

om behov föreligger av särskilda vårdplatser vid rehabiliteringsklinikerna delar beredningen medicinalstyrelsens i dess VPM av år 1954 framförda uppfattning, att behov föreligger av särskilda vårdplatser. Emellertid råder delade meningar huruvida den i VPM angivna normen med 30 platser inom ett upptagningsområde på 200 000 personer nu kan anses tillfredsställande. På sina håll planeras i dag rehabiliteringskliniker med ett dubbelt så stort antal vårdplatser för motsvarande invånarantal. När antalet vårdplatser skall bestämmas, måste i varje fall hänsyn tagas till flera olika faktorer: geografiska förhållanden, samarbetet med andra sjukvårdsinrättningar inom området, inläggningsbehovet för en med verksamheten samordnad socialmedicinsk avdelning, övriga förläggningssmöjligheter inom och utom sjukhuset — såsom patienthotell, särskilda inackorderingshem etc. — och inte minst klienteletts sammansättning.

Några remissinstanser, däribland Svenska arbetsgivareföreningen, Svenska läkaresällskapet och SVCK, har delvis med olika motiveringar ansett att rehabiliteringsverksamhet bör igångsättas och samordnas med utgångspunkt från tillgängliga resurser och med tyngdpunkten mera på utbildning och vidareutbildning av vårdpersonalen än på investeringar i nya anläggningar. Härvid har bl. a. framhållits att utvecklingen fortskrider så snabbt att dagens behandlingsformer — och därmed till dessa anpassade anläggningar — redan inom ett fåtal år kan vara starkt föråldrade. CRB delar uppfattningen att en välutbildad personal med tillräcklig tid att sätta sig in i patienternas problem och att bedriva en samordnad verksamhet är den viktigaste förutsättningen för en god rehabiliteringsverksamhet. Inte minst för samordningen är det emellertid nödvändigt att resurserna inom olika delar av verksamheten även tekniskt och lokalmässigt kompletteras varandra.

Remissyttrandena behandlar även en rad organisationsfrågor av betydelse framför allt för en samordning av verksamhetens olika grenar. Till dessa frågor återkommer beredningen i det följande i de kapitel, som behandlar samordningsfrågor av skilda slag samt de olika leden i rehabiliteringsverksamheten.

KAPITEL 8

Vissa samordningsfrågor

Allmänna synpunkter

Promemorian

CRB fastslår att för att rehabilitering för den enskilde skall te sig som en process förande till ett meningsfullt mål, krävs en samordning av hela rehabiliteringsverksamheten såväl ur behandlingssynpunkt som i administrativt och ekonomiskt hänseende.

Från samordningssynpunkt finner CRB det angeläget att man så långt det är möjligt söker undvika att skapa en rad organ, mellan vilka prestigekonflikter och behörighetstvister lätt kan uppstå. Det är emellertid ofrånkomligt att rehabiliteringsfrågor handlägges av en rad olika samhällsorgan, bl. a. sjukvårds- och arbetsmarknadsorganen samt organen för socialförsäkringen och den kommunala socialvården. Åtskilliga betydelsefulla insatser göres även av enskilda organisationer, och det är angeläget att dessa insatser så långt som möjligt samordnas med de samhälleliga åtgärderna.

Remissyttrandena

Flera remissinstanser — *statskontoret, arbetsmarknadsutredningen, Svenska landstingsförbundet, förvaltningsutskotten i Södermanlands, Kalmar läns norra, Kronobergs och Hallands läns landsting, sjukvårdsstyrelsen i Älvsborgs läns landsting, förvaltningsutskottet i Västmanlands läns landsting* liksom även dess *sjukhusdirektion och arbetsvårdsnämnden i Västerås, förvaltningsutskotten i Jämtlands läns landsting* och i *Norrbottnens läns landsting, Svenska stadsförbundets sjukvårdsdelegation, Stockholms stads sjukvårdsstyrelse* och *Göteborgs sjukvårdsstyrelse, Svenska arbetsgivareföreningen, Svensk sjuksköterskeförening, Svenska försäkringsbolags riksförbund, Folksam, SVCK, DVR, Kvinnoorganisationernas stiftelse till stöd åt handikappade husmödrar, Hörselfrämjandets riksförbund, De blindas förening* samt *Handikapporganisationernas centralkommitté* — har särskilt understrukit nödvändigheten av en tillfredsställande samordning mellan rehabiliteringsverksamhetens olika delar. Andra har icke närmare ingått på frågan, medan ytterligare andra, däribland *medicinalstyrelsen* och *arbetsmarknadsstyrelsen*, såsom tidigare angivits, närmast diskuterat gränsdragningen mellan medicinsk och yrkesmässig rehabilitering utan att härvidlag beröra frågan om hur samordningen över denna gräns bör ske. Även *arbets-*

vårdschefen i Stockholms stad och *LO* behandlar denna gränsdragningsfråga.

Av de remissinstanser som understrukt samordningsfrågans betydelse har *statskontoret* såsom sin mening framhållit att det är särskilt betydelsefullt, att nya organ icke tillskapas på detta område utan att i stället nära samarbete äger rum i rehabiliteringsfrågor mellan hälso- och sjukvårdsmyndigheter, sociala myndigheter och arbetsmarknadsmyndigheter.

Arbetsmarknadsutredningen har understrukt beredningens uttalande, att rehabiliteringen bör ses som en sammanhängande kedja av åtgärder och finner det angeläget, att man så långt det är möjligt söker samordna arbetsvårdande verksamhet med medicinsk rehabilitering för att därmed bl. a. förebygga prestigekonflikter och behörighetstvister.

I detta sammanhang betonar utredningen betydelsen av att de rehabiliteringsåtgärder, som vidtages inom näringslivet, ägnas särskild uppmärksamhet.

Södermanlands läns landstings förvaltningsutskott framhåller att även om det i och för sig framstår som naturligt, att rehabiliteringsverksamhet bör vara en fortlöpande process, bör det

icke vara omöjligt att även vid en fördelning av ansvar och arbetsuppgifter på här-för i övrigt bäst lämpade kommunala och statliga organ åstadkomma det i och för sig naturliga och erforderliga samarbete, som för övrigt redan nu äger rum i den utsträckning tillgängliga personella resurser medger. Beredningens syn på samordningsfrågorna innebär sålunda i och för sig ingenting annat än vad redan nu tillämpas.

Kronobergs läns landstings förvaltningsutskott betonar att

den intima samordningen mellan sjukvård, socialvård och arbetsvård är av stor betydelse för att patienten skall kunna uppleva rehabiliteringen som en enhetlig process, syftande till ett positivt mål, och det är nog också nödvändigt att förhållandena under denna process ekonomiskt och administrativt regleras på ett sätt som motsvarar denna målsättning.

Den bästa formen för en sådan samordning av de ekonomiska och administrativa problemen torde utan tvekan vara att landstingen göres till huvudmän för hela rehabiliteringsverksamheten liksom de tidigare är eller kommer att bli huvudmän för sjukvårdens olika verksamhetsområden.

Älvsborgs läns landstings sjukvårdsstyrelse framhåller att

samarbete i olika former mellan sjukvård och arbetsvård har prövats på många håll i landet och därvid visat sig stöta på vissa svårigheter. En anledning härtill torde vara att sjukvården saknat tillräckliga resurser för medicinsk rehabilitering, varför patienter utskrivits från sjukhusen i sådant tillstånd att de icke varit mogna för arbetsvårdande åtgärder. En annan orsak synes vara att arbetsvården haft för litet tillgång till medicinsk sakkunskap.

Sjukvårdsstyrelsen anser det förefalla som om föreliggande samarbets- och samordningsproblem kan undanröjas allt eftersom rehabiliteringsresurserna utbyggs och sålunda praktiska förutsättningar för samarbete föreligger.

Jämtlands läns landstings förvaltningsutskott betonar att en samordning av hela rehabiliteringsverksamheten är nödvändig såväl ur behandlingssynpunkt som i administrativt och ekonomiskt hänseende. Det torde dock ej vara nödvändigt med ett särskilt nytt organ för samordning av rehabiliteringsfrågorna inom sjukvård, arbetsmarknadsorgan, socialförsäkring och kommunal socialvård.

Norrbottnens läns landstings förvaltningsutskott framhåller att en rationell samordning mellan den medicinska rehabiliteringen och arbetsvården måste komma till stånd.

I första hand bör naturligtvis regionsjukhusen, framför allt undervisningsjukhusen, utrustas med rehabiliteringskliniker och de övriga resurser, som krävs för att såväl praktisk som teoretisk utbildning av blivande rehabiliteringspersonal av olika kategorier där skall kunna komma till stånd, men utbyggnaden av resurserna för medicinsk rehabilitering, arbetsprövning och arbetsträning samt skyddad sysselsättning på länsplanet bör även med hög prioritet fullföljas för att ge alla medborgare någorlunda nära och lätt tillgång till dylik service. Ett landstingsövertagande av ansvaret för skyddad verksamhet kan därvid övervägas i samordningens och effektivitetens intresse.

Svenska stadsförbundets sjukvårdsdelegation understryker vad beredningen framhållit om betydelsen av samordning mellan de olika organ — sjukvårds-, socialvårds-, socialförsäkrings- och arbetsmarknadsorganen — som ur olika aspekter har att handlägga rehabiliteringsfrågor.

Stockholms stads sjukvårdsstyrelse betonar att vid utbyggnaden av rehabiliteringsresurserna måste frågan om samordning mellan sjukvårdens, arbetsvårdens och socialvårdens funktioner inom ramen för ett fullständigt rehabiliteringsförlopp ägnas stor uppmärksamhet.

Vidare anföres att en smidig samordning av de olika organens resurser och funktioner torde utgöra en förutsättning för att rehabiliteringens syfte skall kunna uppnås, nämligen ett fullständigt uppföljande av det enskilda vårdfallet i såväl medicinskt som socialt hänseende.

Avslutningsvis framhålles

att det kan bli nödvändigt för de olika huvudmännen att i viss utsträckning pröva sig fram till den för varje område bäst lämpade rehabiliteringsorganisationen. Vilka vägar man än väljer kommer en effektiv samordning av sjukvårdens, arbets-

vårdens och socialvårdens resurser och funktioner att bli av avgörande betydelse. De problem beredningen behandlat i sin promemoria är väsentliga, men det är angeläget, att i det fortsatta utredningsarbetet de åsikter och förslag beredningen givit uttryck för så långt möjligt konkretiseras.

Sjukvårdsstyrelsen i Göteborg erinrar i den av sjukvårdsdirektören upprättade promemorian om att frågan om samordning behandlas utförligt i ett yttrande av sjukvårdsstyrelsen den 3 oktober 1961 över stadsfullmäktiges rehabiliteringsberednings betänkande.

Styrelsen har framhållit, att rehabiliteringen måste ses som en enhetlig process, som ej bör splittras genom en administrativ klyvning på medicinska och arbetsvårdande åtgärder. Det kan framför allt ej vara lyckligt, att klienten på sjukhuset får en begränsad och ofullbordad medicinsk rehabilitering och att denna sedan fullföljes av andra läkare vid ett från sjukhuset administrativt skilt institut. Delas rehabiliteringsvården upp på sjukhus och ett särskilt institut för arbetsvård med viss medicinsk vård, blir dubbleringar ofrånkomliga och förutsättningarna för en enhetlig behandling av klienten minskas. Sjukvårdsstyrelsen har därför funnit, att såväl den medicinska som den arbetsvårdsmässiga rehabiliteringen bör sortera under sjukvårdsmyndigheter. Om emellertid en person efter alla försök till rehabilitering icke kan återgå till produktivt arbete utan förblir partiellt arbetsför och som sådan behöver sysselsättning i skyddad verksamhet, är han icke längre ett rehabiliteringsfall utan ett försörjningsfall, varav följer, att skyddade verkstäder och dylikt bör drivas av socialvårdsmyndighet och icke av sjukvårdsmyndighet. Denna bedömning synes ligga nära CRB:s. Det vill dock synas som om gränsdragningsfrågor i vad avser arbetsprövning och -träning förtjänar att klarläggas ytterligare genom en mera i detalj gående utredning.

Arbetsvårdschefen i Stockholms stad hävdar följande.

Vad avser den egentliga arbetsvården har beredningen knappast framfört några nya tankegångar men eftersträvar som tidigare anförts en ändrad gränsdragnings mellan medicinsk och yrkesmässig rehabilitering. De förslag, vilka beredningen där framlagt, torde redan med hänsyn till sjukvårdens organisation och personalresurser vara föga realistiska. Både arbetsprövning och arbetsträning bör kunna inrymmas i den yrkesmässiga rehabiliteringen inom arbetsvårdsorganen. Beredningens uttalande om värdet av en enhetlig och kontinuerlig process utan skarpa gränsdragningar styrker närmast bibehållandet av nuvarande gränsdragnings. Det är normalfallets väg till produktiv arbetsinsats som måste vara vägledande för planeringen och organisationen av verksamheten. Det är minst sagt tveksamt om sjukhusen kan eller ens bör organisera den normala arbetsmässiga miljö, som är en grundförutsättning för en framgångsrik arbetsvård.

Svenska landskommunernas förbund, som särskilt understryker beredningens uttalande om att landstingen bör svara även för de skyddade verkstäderna i allmän regi, framhåller särskilt att även samordningen med rehabiliteringsorganisationen i övrigt skulle främjas av att samma huvudmän svarade för samtliga institutioner.

Även *Svenska arbetsgivareföreningen* uttalar tillfredsställelse över att CRB framhåller nödvändigheten av en samordning av hela rehabiliterings-

verksamheten såväl från behandlingssynpunkt som i administrativt och ekonomiskt hänseende samt att ett eventuellt rehabiliteringsbehov skall tillgodoses på ett så tidigt stadium som möjligt.

Föreningen framhåller även att rehabiliteringen ingår som en normal beståndsdel i den moderna industrihälsovården och anser det lämpligt "att ett ingående samarbete i rehabiliteringsfrågor upprättas mellan den allmänna rehabiliteringsorganisationen och företagen. Härigenom erhålles även kontinuitet i behandlingen. För de mindre företagsenheternas del torde det vara lägligt att inrätta industrihälsocentraler, med vilka ifrågavarande samarbete kan upprättas".

LO har, som återgivits i kapitel 4, understrukit att rehabiliteringen bör vara en enhetlig och kontinuerlig process. Organisationen har emellertid även ansett det värdefullt att rehabiliteringsverksamheten organiseras på två led, nämligen medicinsk och yrkesmässig rehabilitering, och förmenar att härigenom en bättre samordning skulle vinnas. Enligt LO:s mening kan det emellertid förtjäna övervägas om statsmakterna icke borde gå ett steg längre. Organisationen finner starka skäl tala för att staten blir huvudman för institutionerna för yrkesinriktad rehabilitering — träningsverkstäderna med arbetsprövning — och att de ställs under länsarbetsnämndernas administration.

Sålunda anser LO att den yrkesinriktade rehabiliteringen i första hand är en arbetsmarknadspolitisk fråga, vilken bör föranleda att arbetsmarknadsmyndigheterna får ansvaret för verksamheten. Det är också önskvärt att arbetsmarknadsparterna kan engageras och få inflytande över verksamhetens utformning.

TCO anser ett samarbete mellan näringslivet och rehabiliteringsorganen vara mycket viktigt och vill förorda att ett sådant samarbete kommer till stånd på de orter och i den utsträckning sådant är möjligt. Man bör dock därvid ej enbart inrikta sig på större företag utan också beakta möjligheter till samverkan med mindre företag.

Även *Sveriges läkarförbund* understryker att behovet av smidiga kontakter mellan rehabiliteringsinstitutioner av olika slag och industriläkare bör särskilt uppmärksammas.

I det av *Svenska läkaresällskapet* överlämnade yttrandet från sällskapets *sektion för åldersforskning* har behandlats frågan om en skarp gränsdragning mellan medicinsk och social rehabilitering och dess inverkan på rehabiliteringens bedrivande som en enhetlig och kontinuerlig process. Härvid konstateras följande.

På ett tidigt stadium av rehabiliteringsplaneringen här i landet föreslog man att arbetsvårdsfolk skulle ha kontakt med patienter på sjukhusen och att läkare skulle vaka över arbetet inom den sociala rehabiliteringen. Man ställde sig på sina håll reserverad mot att den senare skulle kompletteras med ett konditionsförbättrande program parallellt med arbetsträningen. Man har numera ändrat sin inställning till denna fråga, vilket måste vara riktigt.

Svenska industriläkarföreningen har — som angivits i kapitel 4 — påvisat en rad brister med avseende på samordningen av rehabiliteringsverksamheten. Föreningen anger sig dela beredningens åsikt att "ett stort antal för-tidspensionerade eller eljest icke arbetsföra skulle vara aktiva i arbetslivet, om adekvata tidiga rehabiliteringsåtgärder kunnat installeras *parallellt* med konventionell medicinsk behandling".

Föreningen framhåller vidare att

rikliga erfarenheter visar att industriläkare, som bedriver sin sjukvårdande verksamhet under iakttagande av personalmässiga aspekter, når goda resultat i form av tidig och friktionsfri återanpassning av sjuka till arbetet. Till detta resultat medverkar industriläkarens kunskap om vederbörandes allmänna och yrkesmässiga förutsättningar och hans kännedom om lokala produktionsförhållanden och nära kontakter och samarbete med arbetsledningen.

För en läkare utanför arbetsplatserna råder betydande svårigheter att genomföra ett med industriläkaren analogt behandlingsschema. Hans tidsmässiga resurser för liknande initiativ är otillräckliga, hans insikter om arbetslivets krav och hans kunskaper om hur olika arbetsformer belastar individen är som regel ytliga. Sist men inte minst: Hans uppdragsgivare är en hjälpsökande patient, som ofta ser känslomässigt på sin egen situation och gärna skjuter rehabiliteringsaspekterna åt sidan. Därför blir rutinen ofta sjukskrivning och behandling utan arbetsmässig aspekt och i slutändan ofta en rekommendation om lättare arbete i största allmänhet.

Systematiskt samarbete mellan industriläkare och behandlande läkare i rehabiliteringssyfte är därför av utomordentligt värde. Möjligheterna begränsas emellertid genom att endast delar av arbetslivet är täckta av företagshälsovård. En fortsatt snabb utbyggnad av företagshälsovården är synnerligen motiverad, inte minst med hänsyn till det fördelaktigare utgångsläge som skulle skapas i rehabiliteringssyfte.

Där kontaktmöjligheter med arbetsplatsläkare saknas, ser Svenska industriläkarföreningen rehabiliteringsklinikernas aktivitet som ett tänkbart alternativ. En i tid etablerad kontakt mellan behandlingsläkare och rehabiliteringsklinik kan, om samordningsfrågorna mellan rehabiliteringskliniken och övriga i rehabiliteringskedjan inkopplade instanser är lösta, ge förutsättningar för tidig och adekvat återgång i aktivt arbete. Industriläkarföreningen delar helt de synpunkter som framförts i avsnitt 4 "Vissa samordningsfrågor". Framför allt vill vi understryka vikten av att arbetsmarknadens parter är väl representerade på länsplanet. Det är genom ett intimt samarbete här som det skall vara möjligt att få den rätta förståelsen för problemen bland dem, som till sist är den viktigaste länken i en framgångsrik rehabilitering.

Svenska försäkringsbolags riksförbund instämmer i beredningens uttalanden om kravet på utbyggnad och samordning av resurserna för medicinsk rehabilitering och arbetsvård. Därvid bör särskilt uppmärksammas den allmänt omvittnade bristen på personal.

Enligt *Folksams* uppfattning synes starkt övervägande skäl

tala för att en reell samordning kommer till stånd mellan vad som i dag — utan att klart kunna åtskiljas — betecknas som medicinsk, social och arbetsmässig rehabilitering. Hela rehabiliteringsprocessen bör nämligen stå under en fortlöpande medicinsk ledning och kontroll, som i lämpliga former utgår från de rehabiliteringscentra i medicinskt avseende, som rehabiliteringsklinikerna enligt CRB:s riktlinjer synes vara avsedda att bli.

Folksam anser vidare att det torde

stå klart för alla att en uppbyggnad av rehabiliteringen enligt den målsättning beredningen gjort till sin inte gärna kan komma till stånd med den nuvarande oorganiserade uppdelningen av rehabiliteringsåtgärderna mellan sjukvårdens och arbetsvårdens organ.

SVCK anser samordningsfrågorna

vara av stor betydelse i samtliga rehabiliteringssammanhang, främst samordning mellan sjuk- och arbetsvård, med utvidgad inbördes informationsverksamhet, kontaktmän och regionala samarbetsorgan. Ett led i samma riktning anser centralkommittén vara en rationalisering av kontorsrutin och utredningsförfarande och en samordning av socialvårdens, arbetsvårdens, försäkringskassornas och sjukhuskuratorernas verksamhet.

I anslutning till denna och andra berörda frågor understryker *SVCK* vikten av praktiska experiment och ifrågasätter om icke i samarbete med beredningen, inom exempelvis någon storstad och något landstingsområde, kunde genomföras en försöksverksamhet med sikte på en nära samordnad total rehabiliteringsverksamhet.

SVCK understryker vidare att även ansvarsfördelningen mellan stat, kommun och enskilda organisationer bör ägnas större uppmärksamhet syftande till en samordnande planering. Slutligen framhålls att även forskningen på rehabiliteringsområdet arbetar med klart otillräckliga resurser och utan samordnande ledning och med hänsyn härtill förordas inrättandet av en professur i rehabiliteringsmedicin vid Karolinska institutet.

Kvinnoorganisationernas stiftelse till stöd åt handikappade husmödrar framhåller särskilt att "rehabiliteringsvården måste fungera som en helhet till vilken alla handikappade, vilken kategori de än tillhör, har tillträde".

Hörselfrämjandets riksförbund anser det ytterst värdefullt, att även hörselvårdens framtida rehabiliteringsplanering samordnas med den allmänna rehabiliteringen så långt detta är möjligt.

De blindas förening understryker att den allmänna rehabiliteringsorganisationen icke under den första tiden kommer att ha tillräckliga resurser till sitt förfogande och förutsätter att man under överskådlig tid icke kan avstå från förefintliga resurser — såsom t. ex. De blindas förenings konsulentverksamhet — oavsett vem som för närvarande handhar dessa.

Föreningen anser det emellertid vara av vikt att allt rehabiliteringsarbete sker under intimt samarbete och med betydligt ökat stöd från samhället.

Svenska föreningen för psykisk hälsovård efterlyser rubriken psykoterapi i den allmänna funktionsplanen för rehabiliteringsorganisationen och framhåller att denna behandlingsform "torde vara en lika väsentlig del av behandlingen i rehabiliteringsärenden som psykiska handikapp, insufficienser osv. torde vara väsentliga för uppkomsten av rehabiliteringsärenden".

Samordningen på länsplanet

Promemorian

Samordningsproblemet framträder kanske tydligast på länsplanet, där i första hand sjukvårdsorganens, länsarbetsnämndernas och försäkringskassornas verksamhet måste bedrivas i nära samarbete. För att inte ytterligare öka antalet organ, som sysslar med rehabilitering, anser sig beredningen i vart fall på detta stadium inte böra föreslå något särskilt samarbetsorgan på länsplanet. Förutsättningar för en samordning synes ändock föreligga. Sålunda är huvudmännen för den övervägande delen av den allmänna rehabiliteringsverksamheten — landstingen och städerna utanför landsting — representerade i länsarbetsnämnderna (i Stockholm: arbetsnämnden). De utser majoriteten i försäkringskassornas styrelser samt två av de fem ledamöterna i pensionsdelegationerna. Det samarbete i rehabiliteringshänseende, som de senaste åren i växande utsträckning kommit till stånd mellan sjuk-kassorna (försäkringskassorna) och länsarbetsnämnderna, har närmare reglerats genom särskilda bestämmelser i 4 kap. 2 § lagen om allmän försäkring. Enligt denna skall försäkringskassa — om sjukpenning eller ersättning för sjukvård utgivits för nittio dagar i följd eller om eljest skäligen anledning föreligger — undersöka huruvida skäl förefinns att rehabiliteringsåtgärder vidtages. Om sådan åtgärd befinnes erforderlig, skall kassan tillse att den kommer till stånd.

Vad gäller pensionsdelegationernas befattning med ärenden rörande förtidspension har departementschefen i propositionen om den allmänna försäkringen (nr 90/1962 sid. 292) erinrat om socialförsäkringskommitténs uttalande att rehabiliteringen ingår som ett naturligt och betydelsefullt led i själva invaliditetsbedömningen samt att rätt till förtidspension enligt kom-

mitténs mening inte bör föreligga, förrän man i rehabiliteringshänseende gjort vad som rimligen kan komma i fråga i det enskilda fallet. Det anförda innebär att pensionsdelegationerna har ett betydande ansvar för att ändamålsenliga rehabiliteringsåtgärder kommer till stånd och i detta syfte måste nära samarbeta med såväl den medicinska rehabiliteringens som arbetsvårdens företrädare inom området.

Angeläget är även att arbetsmarknadens parter på erforderligt sätt är representerade i samarbetet på länsplanet. Sådana representanter ingår i regel redan i länsarbetsnämnderna. I försäkringskassornas styrelser och i pensionsdelegationerna kommer de dock endast att vara företrädare i den mån landsting och städer som ej ingår i landsting till sina representanter väljer personer, som tillika kan anses företrädare arbetsgivare och arbetstagare.

Oavsett hur det formella samarbetet organiseras, är det av stor betydelse att även informella rådgivande kontakter stimuleras.

Först sedan de nya försäkringsorganen på länsplanet under någon tid bedrivit sin verksamhet torde möjlighet föreligga att närmare bedöma i vad mån eventuellt ytterligare åtgärder för effektivisering av samarbetet på länsplanet bör komma till stånd.

Remissyttrandena

Flertalet remissinstanser har avstått från att gå in på frågan om samordningen på länsplanet. Denna fråga har sålunda endast berörts i följande yttranden.

Södermanlands läns landstings förvaltningsutskott finner det välbetänkt, att beredningen icke på detta stadium ansett sig böra föreslå något särskilt samarbetsorgan på länsplanet,

då det knappast skulle vara realiserbart att tillskapa ett organ, som skulle kunna ges den ställningen, att det skulle kunna med för de olika områdena gällande författningsbestämmelser övertaga befogenheter, som enligt nämnda bestämmelser tillkommer landstinget (sjukvård), länsarbetsnämnden (arbetsvård), försäkringskassorna (invaliditetsförsäkring) och primärkommunen (socialvård).

Östergötlands läns landstings förvaltningsutskott säger sig dela

beredningens uppfattning att samordning på länsplanet mellan rehabiliteringsverksamhetens olika grenar måste vara en förutsättning för dennas funktionsduglighet. Ett sätt att åstadkomma detta utan onödiga prestigekonflikter och behörighetstvister torde vara att ett särskilt samarbetsorgan inrättas på länsplanet. Inom detta samarbetsorgan kan beslutas hur kompetens och behörighetsområden skall avgränsas, så att tvistigheter icke uppstår.

Mot bakgrunden av det anförda vill utskottet sålunda förorda, att CRB ytterligare överväger frågan om på vilka vägar samordningsfrågorna på länsplanet mellan de

skilda samhälleliga organ, som arbetar med rehabiliteringsproblem, smidigt skall kunna handläggas.

Blekinge läns landstings förvaltningsutskott anser det synnerligen angeläget att samordningsfrågorna klarläggas och att en fast länsorganisation skapas för rehabiliteringsverksamheten.

Malmöhus läns landstings hälso- och sjukvårdsstyrelse framhåller på denna punkt nödvändigheten av att direkt kontakt uppehålls mellan berörda myndigheter, ehuru beredningen icke nu föreslår samarbetsorgan på länsplanet.

Hallands läns landstings förvaltningsutskott betonar att samordningsfrågorna bör ägnas särskilt intresse. Enligt förvaltningsutskottets mening är det angeläget att de statliga myndigheter, som agerar på området, samordnar sina strävanden och har gehör för de synpunkter som framföres av rehabiliteringens huvudmän, vilka enligt beredningens skrivning huvudsakligen skall vara landstingen. Det kan icke förnekas, att socialförsäkrings- och arbetsmarknadsorganen har betydande intressen inom rehabiliteringsverksamheten från de utgångspunkter de har att företräda, men klart måste vara, att organisationens utformning och omfattning och inriktningen av dess verksamhet alltid måste avgöras av det organ som är huvudman för densamma.

Älvsborgs läns landstings sjukvårdsstyrelse anser att erfarenheter från platser där medicinsk rehabilitering vid sjukhusen kommit till stånd i huvudsaklig överensstämmelse med de riktlinjer, som uppdragits i medicinalstyrelsens VPM från 1954, bl. a. vid centrallasarettet i Borås, har givit vid handen att ett intimt samarbete av informell karaktär kunnat etableras mellan sjukvård och arbetsvård samt att detta samarbete icke nödvändiggjort tillskapan- det av ett särskilt samarbetsorgan på formell väg.

Arbetsvårdsnämnden i Västerås som inledningsvis tillstyrkt beredningens förord för en samordning av samtliga rehabiliteringsresurser, delar beredningens uppfattning om att man icke behöver inrätta något särskilt samordningsorgan på länsplanet.

Samordningen av den yrkesmässiga och den medicinska rehabiliteringen bör enligt nämndens mening kunna underlättas avsevärt om överläkaren vid rehabiliteringskliniken tjänstgör inom den yrkesmässiga rehabiliteringen.

Härutöver framhåller arbetsvårdsnämnden emellertid att "den yrkesmässiga rehabilitering, som ovan skisserats, kräver en fast länsorganisation med av respektive landsting vald nämnd eller styrelse med tillgång till administrativ, medicinsk, social, psykologisk och teknisk personal i tillräcklig omfattning".

Kopparbergs läns landstings förvaltningsutskott anser det för tidigt att nu yttra sig om samordningsfrågorna på länsplanet.

Hittills har landstinget och länsarbetsnämnden haft ett mycket gott samarbete, när det gäller verksamheten vid länets arbetsträningsverkstad, och detta goda förhållande borde kunna bestå även om försäkringskassan såsom tredje part kommer med i detta arbete.

Gävleborgs läns landstings förvaltningsutskott anser, att

beträffande samordningen av rehabiliteringen på länsplanet, där i första hand sjukvårdsorganens, länsarbetsnämndernas och försäkringskassornas verksamhet måste bedrivas i nära samarbete, torde länsläkaren kunna fylla en viktig funktion och vara kontaktsmannen mellan de olika intressena.

LO hänvisar till sitt yttrande över 1958 års socialförsäkringskommittés betänkande år 1961 att samarbetet mellan landstingen, länsarbetsnämnderna och försäkringskassorna borde organiseras i fastare former.

Folksam, som — enligt tidigare återgivet uttalande — ställt sig starkt kritiskt till den nuvarande oorganiserade uppdelningen av rehabiliteringsåtgärderna mellan sjukvårdens och arbetsvårdens organ, tar även upp frågan om de administrativa förutsättningarna för en samordning av rehabiliteringsverksamheten såväl centralt som på det regionala och lokala planet och anför härom följande.

Enligt 4 kap 2 § lagen om allmän försäkring skall försäkringskassa, i den utsträckning riks-försäkringsverket föreskriver, sedan ersättning utgivits för nittio dagar eller om skälig anledning eljest föreligger, undersöka om det finns skäl att vidtaga åtgärd för att förkorta sjukdomstiden eller förebygga eller häva nedsättning av den försäkrades arbetsförmåga och tillse att lämplig, erforderlig åtgärd vidtages.

Med hänsyn till de betydande ekonomiska intressen socialförsäkringens speciella organ har att med hjälp av en funktionsduglig rehabiliteringsorganisation söka nedbringa kostnaderna för sjukpenning och förtidspension är det naturligt att dessa organ fått den kontrollerande och initiativtagande uppgift, som denna lagbestämmelse ger dem. Den kännedom om och kontakt med den handikappade, som försäkringskassan bör ha, gör denna väl skickad att överblicka den handikappades hela situation.

Med utgångspunkt härifrån ligger den slutsatsen nära till hands att riks-försäkringsverket bör bli den centralt ansvariga myndigheten för hela rehabiliterings-systemet. Om riks-försäkringsverket blir det centrala organet för rehabiliteringen, och försäkringskassorna och pensionsdelegationerna — en möjlighet som CRB antytt i sin promemoria — sålunda blir engagerade i rehabiliteringsarbetet, löser sig även frågan om samordningen av rehabiliteringsverksamheten på det regionala och lokala planet.

De vanföras riksförbund uttalar den uppfattningen att det är av stor betydelse för rehabiliteringens utformning att det på länsplanet finnes ett organ, som kan samordna verksamheten. För såväl sjukvården som arbetsvårdsinstitutionen är landstingen i regel huvudmän. Det måste vara en angelägen uppgift för landstingen att tillgängliga resurser utnyttjas på bästa sätt. Eftersom landstingen är representerade i försäkringskassornas styrelser och det till kassorna är knutna experter för såväl medicin som arbetsvård, bör försäkringskassornas pensionsdelegationer utgöra ett lämpligt förslagsställande och rådgivande organ för landstingen. Försäkringskassorna har dessutom enligt lagen om allmän försäkring ett betydande ansvar för att ändamålsenliga rehabiliteringsåtgärder kommer till stånd.

DVR vill instämma i CRB:s uppfattning att arbetsmarknadens parter bör vara representerade i samarbetsorgan på länsplanet. Arbetsvårdens verksamhet kan väsentligt underlättas om arbetsgivare- och arbetstigareorganisationer är medansvariga även i denna del av arbetsförmedlingsverksamheten. Härigenom skapas säkerligen mera förståelse på arbetsmarknaden för handikappade arbetstagare. Vid behandling av arbetsvårdsåtgärder är det minst lika viktigt att de handikappades organisationer är representerade i ifrågavarande organ. Inom handikapporganisationerna finnes en rik fond av erfarenhet, som kan komplettera kunnandet hos övrig expertis.

Även efterkontrollen av de medicinska och arbetsvårdande åtgärderna kan enligt DVR:s mening förslagsvis åvila försäkringskassorna vilkas pensionsdelegationer har den erforderliga expertisen. Kassorna bör ges möjlighet att remittera försäkringstagare, som uppstår försäkring från kassorna, till efterundersökning vid rehabiliteringsavdelning.

Arbetsprövningens placering i rehabiliteringsorganisationen

Promemorian

Beträffande denna samordningsfråga konstateras inledningsvis i promemorian att arbetsprövning i en mera allmän bemärkelse förekommer i många sammanhang inom näringslivet, i arbetsmarknadsorganens verksamhet, inom socialförsäkringen osv. samt att denna prövning i stor utsträckning bygger på läkarutlåtande.

Vidare konstateras att det är av stor betydelse att bedömningen av enskilda personers förmåga att utföra arbete av olika slag, vilken bedömning kan bli utslagsgivande för vederbörandes hela framtid, vilar på ett säkert underlag. I detta sammanhang är det väsentligt att den prövade erhåller all den medicinska vård, som kan komma i fråga för att förbättra arbetsförmågan, och att bedömningen slutföres först sedan så skett.

I syfte att få till stånd en sådan med medicinsk vård och andra åtgärder för förbättring av arbetsförmågan förenad arbetsprövning inrättades år 1952 enligt ett av kommittén för partiellt arbetsföra år 1947 framlagt förslag statens arbetsklirik i Stockholm. Förslaget innebar att man, innan en av

arbetsmarknadsstyrelsen föreslagen utbyggnad av träningsverkstäder förverkligades, genom en försöksverksamhet borde närmare utarbeta metoder för att pröva och träna partiellt arbetsföra. Denna försöksverksamhet skulle bedrivas i ort med differentierat näringsliv och med tillgång till medicinsk, psykologisk och psykoteknisk sakkunskap. I yttrande över förslaget uttalade Svenska läkaresällskapet att en sådan verksamhet borde förläggas till karolinska sjukhuset. Kliniken, som är ett självständigt organ med egen styrelse, står under ledning av läkare och har ett nära samarbete med karolinska sjukhuset. Kostnaderna för verksamheten bestrides med anslag under femte huvudtiteln.

Verksamheten vid kliniken skulle från början endast avse fysiskt handikappade män. Vid kliniken utarbetades successivt en arbetsprövningsteknik, närmast avsedd för rörelsehindrade och personer med generellt nedsatt arbetsförmåga. Denna teknik var i första hand baserad på de bl. a. i USA, Kanada och England använda metoderna för systematisk uppträning och helhetsbedömning av patienternas arbetsförmåga men kompletterad med viss arbetsfysiologisk och klinisk fysiologisk metodik för prövningen av den fysiska arbetsförmågan. Prövningsmetodik har under de senaste åren kompletterats med vissa förbättringar av framför allt tekniken för den psykiska bedömningen, varvid även andra typer av fall än de tidigare nämnda blivit föremål för prövning.

Arbetskliniken har 30—35 verkstadsplatser och behandlar årligen 130—150 fall. Denna kapacitet är helt otillräcklig i förhållande till behovet av den systematiska bedömning, varom här är fråga. Enligt i arbetsmarknadsstyrelsen gjorda överslagsberäkningar har detta behov antagits icke understiga 1 500 fall per år.¹

Enligt beredningens mening ligger en systematisk, med medicinsk vård och andra åtgärder för förbättring av funktions- och arbetsförmågan förknippad arbetsprövning helt inom ramen för den vård, som bör meddelas på rehabiliteringsklinikerna. Beredningen anser därför, att arbetsprövning bör ingå i uppgifterna för dessa kliniker. För den yrkestekniska prövningen bör anlitas resurser inom kliniken eller inom arbetsträningsverkstad i närheten. I ett följande avsnitt redogöres närmare för hur beredningen tänkt sig arbetsprövningen.

Det sagda innebär, att särskilda arbetskliniker utanför sjukhusorganisationen inte bör finnas. Statens arbetsklirik bör lämpligen inordnas i rehabiliteringsorganisationen inom karolinska sjukhuset. Motsvarande arbetsprövning bör även bedrivas vid andra rehabiliteringskliniker, i första hand vid övriga regionsjukhus.

¹ Högre siffror har också angivits. I vissa sammanhang har talats om ett behov av 2 400 arbetsprövningar per år.

Remissyttrandena

Remissyttrandena rörande denna punkt har sammanförts till det avsnitt i kapitel 9. De olika leden i rehabiliteringsverksamheten, vari övriga frågor rörande arbetsprovning behandlas.

Ansvaret för rehabilitering under sjukhusvård

Promemorian

I denna samordningsfråga understryker beredningen starkt att den för sjukvården av en patient främst ansvarige läkaren alltid skall känna sig ha ansvar för patienten även i fråga om rehabilitering. Han skall sålunda sörja för att detta behov tillgodoses antingen genom hans egen och hans behandlingsteams försorg eller genom inkopplande av annan sakkunskap. Detta bör även gälla i fråga om den kvalificerade specialistvården vid regionsjukhus och centrallasarett.

I fråga om behandlingsläkarens egen roll i rehabiliteringen bör systemet i övrigt vara flexibelt. Inom vissa specialiteter är det naturligt att behandlingsläkaren under längre tid tar en mera aktiv del i rehabiliteringen än inom andra. De personliga anlagen och intresseinriktningen hos olika läkare kan också variera väsentligt. En del fångas mer än andra av den akuta behandlingens mera tekniska aspekter, andra av den totala bilden av falllets utveckling och patientens anpassning till sin situation. Inom flertalet specialiteter torde antalet läkare, som har tid, intresse och förutsättningar i övrigt att orientera sig på och hålla kontakt med arbetsvårdens och näringslivets skiftande områden och förhållanden, vara relativt begränsat. Det skulle också kunna innebära ett direkt slöseri med för annat ändamål specialutbildade krafter att i alltför hög grad stimulera till en sådan intresse-splittring. De mycket omfattande resurser i fråga om specialutbildad personal, teknisk utrustning, lokalutrymmen samt områden för utomhusaktiviteter, vilka en kvalificerad rehabiliteringsverksamhet kräver, torde knappast kunna tillgodoses separat för det mera begränsade antalet fall inom olika specialiteter.

Det är mot denna bakgrund behov ansetts föreligga av särskilda rehabiliteringskliniker vid de större sjukhusen, där läkare med specialistutbildning inriktad på rehabiliteringsproblemen skall dels ha det primära ansvaret för rehabiliteringen av de patienter som direkt eller indirekt hänvisas till honom, dels medverka i rehabiliteringsarbetet i fråga om patienter, för vilkas vård och behandling annan läkare bibehåller det primära ansvaret. I rehabiliteringsläkarens uppgifter ingår självfallet att som chef för kliniken och dess personal tillse att resurserna samordnas och utnyttjas på det för de

enskilda patienterna mest effektiva sättet samt att stå till förfogande som konsult i fråga om patienter på andra kliniker och i den öppna vården.

Tillkomsten av särskilda rehabiliteringskliniker får dock icke innebära, att övriga specialavdelningar ställes utan rehabiliteringsresurser, men avvägningen av dessa torde böra ske på sådant sätt, att endast inom specialiteter, där man har att räkna med särskilt omfattande rehabiliteringsbehov, mera kostsamma anordningar kan komma till stånd vid sidan av dem, som de särskilda rehabiliteringsklinikerna har till förfogande. Genom en sådan organisation avses att skapa garantier för att rehabiliteringen i det enskilda fallet alltid kan komma till stånd på det ena eller andra sättet.

I fortsättningen erinras i promemorian om de svårigheter, som gjort sig gällande att få läkartjänsterna vid hittills inrättade rehabiliteringskliniker besatta, vilket sammanhänger med att rehabilitering ännu ej fått ställning som särskild specialitet, och att ovisshet rått om vilka behörighetskrav, som bör uppställas för tjänst såsom rehabiliteringsläkare. Beredningen anser det därför angeläget att sådana kompetenskrav snarast fastställas, varvid — utöver de andra speciella medicinska kunskaper och erfarenheter, som kan finnas erforderliga — hänsyn särskilt bör tagas till de krav den kvalificerade arbetsprövningen ställer. Som självfallet förutsattes att vid utformningen av kompetenskraven hänsyn togs till att rehabiliteringskliniken måste ha tillgång till särskilda konsulter på olika specialområden samt att ett intimt samarbete måste ske med psykiatrisk och social-medicinsk sakkunskap.

Beredningen har icke närmare ingått på de former, vari social-medicinsk sakkunskap kan komma att stå till förfogande, men förutsätter att det mycket stora behov härav, som föreligger såväl för den öppna som den slutna vårdens patienter inte minst på akutstadiet, successivt måste föranleda inrättande av särskilda läkartjänster, i den mån sökande med erforderliga kvalifikationer hinner utbildas bl. a. i anslutning till de social-medicinska institutionernas verksamhet.

Remissyttrandena

Vad först beträffar frågan om läkarnas ansvar för rehabilitering under och i anslutning till akutsjukvården anförs följande i remissyttrandena.

Södermanlands läns landstings förvaltningsutskott.

Beredningen har jämväl upptagit till behandling den betydelsefulla frågan om ansvarsfördelningen vid rehabilitering under sjukhusvård. Beredningen hävdar här undantagslöst den uppfattningen, att "den för sjukvården av en patient främst ansvarige läkaren" skall känna sig ha ansvar för patienten även vad gäller rehabiliteringen. Uttrycket "den för sjukvården av en patient främst ansvarige läkaren" får förutsättas åsyfta läkare som sägs i sjukvårdslagen § 16. Enligt denna paragraf skall vid varje klinik finnas "läkare som har att ansvara för sjukvårdens behöriga

och ändamålsenliga handhavande" och som vid lasarett benämnes överläkare. Ansvarig för erforderlig vård är sålunda enligt sjukvårdslagen vederbörande kliniks överläkare för de å klinikens vårdplatser intagna. Om särskild överläkare för rehabilitering anställs och till denna rehabiliteringsklinik anknytes vissa vårdplatser, blir således denne överläkare författningsenligt ansvarig för de å dessa vårdplatser intagna, och detta oavsett om patienten tagits in direkt utifrån eller överflyttats från annan klinik. Beredningens uttalande om ansvarsfördelningen är alltför diffust för att man skall kunna utläsa, huruvida beredningen åsyftar en ändring i den författningsenliga ansvarsfördelningen eller endast om det rör sig om en uttalad förhoppning, att läkaren "skall känna sig" ha ansvar för patienten även vad gäller rehabiliteringen. Är detta sistnämnda avsikten, finner utskottet ingen anledning till erinran, då en sådan "känsla" förutsättes vara för handen i betydande utsträckning redan nu.

Överflyttas däremot patienten till en rehabiliteringsklinikens särskilda vårdplatser, synes ansvaret för patientens rehabilitering böra övergå på rehabiliteringsöverläkaren. Härvid erforderliga konsultationer eller samråd med tidigare behandlande specialisläkare liksom med de övriga specialister, som enligt rehabiliteringsöverläkarens bedömande anses önskvärda, sker på initiativ av sistnämnda läkare. Detta samråd mellan sjukhusets läkare är ju i och för sig icke något nytt utan sker ju dagligen på sjukhusen redan nu.

Kronobergs läns landstings förvaltningsutskott (yttrandet utarbetat av direktionen för centrallasarettet i Växjö) betonar att ansvarig för rehabiliteringen under det akuta sjukdomsskedet är den för vården ansvarige läkaren, som i samråd med sjukgymnaster, arbetsterapeuter och kuratorer för att nämna några exempel, sätter in rehabiliterande åtgärd så snart detta är möjligt. Detta är ju vad som länge tillämpats inom svensk sjukvård, men vikten härav måste starkt betonas.

En rehabiliteringsverksamhet skall sålunda påbörjas under det akuta sjukdomsskedet, fortsätta under eftervårdsskedet och givetvis även under långtidssjukvård. Parallellt med detta och därefter insättes arbetsprövning och senare arbetsträning.

Blekinge läns landstings förvaltningsutskott omtalar att man i Blekinge län ansett sig böra

åtminstone under överskådlig tid framåt inskränka sig till en rehabiliteringsorganisation, som närmast står under administrativt överinseende av långtidsvårdens läkare, men där dirigerandet av behandlingen i det enskilda fallet och kontrollen av resultaten utövas av respektive klinikers läkare.

Kristianstads läns landstings förvaltningsutskott betonar

att den behandlande läkaren bör sträva efter att så vitt möjligt bilda sig en uppfattning om patientens hela livssituation. Det är ju hela människan, som skall behandlas och som behöver hjälp. Detta innebär, att läkaren även har att sörja för att ett eventuellt rehabiliteringsbehov blir tillgodosett.

Örebro läns landstings förvaltningsutskott anser det vid utbyggnaden av den medicinska rehabiliteringen vara av allra största angelägenhet att den nära kontakten och samarbetet mellan den framväxande speciella rehabiliteringsorganisationen och akutsjukhusens övriga kliniker, mentalsjukvård, långtidssjukvård och öppen sjukvård bibehålles och stärkes.

Kopparbergs läns landstings förvaltningsutskott gör följande uttalande.

Huruvida som beredningen föreslår varje patient som av sjukhusläkare remitteras för rehabilitering även skall kunna följas av sjukhusläkaren så att säga av intresse, tror utskottet mera är ett önsketänkande för närvarande med hänsyn till den stora läkarbrist som råder. Såsom hittills kommer väl rapporter att lämnas till den behandlande läkaren på sjukhuset, men sedan patienten utskrivits från arbetsprövningen och sjukhuset torde det väl bli ganska svårt att följa honom utan att anställa ytterligare kuratorer eller liknande befattningshavare.

Gävleborgs läns landstings förvaltningsutskott delar i huvudsak beredningens synpunkter beträffande ansvaret för rehabiliteringen under sjukhusvård.

Svenska stadsförbundets sjukvårdsdelegation anför:

Beredningens synpunkter i fråga om ansvarsfördelningen vid rehabilitering under sjukhusvård biträder delegationen i princip. För det rent medicinska ansvaret under det totala rehabiliteringsförloppet synes enligt delegationens mening bestämdare riktlinjer böra uppdragas. I ett av bifogade yttranden har förslag härom framlagts. I enlighet med vad däri anförts finner delegationen skäl föreligga att frågan om vårdplatser vid rehabiliteringskliniker toges upp till övervägande.

Det berörda yttrandet har avgivits av *Stockholms stads sjukvårdsstyrelse*, som konstaterar att

i anslutning till samordningsfrågan kommer beredningen in på ansvarsfördelningen vid rehabilitering under sjukhusvård. Härvid understrykes, att den för sjukvården av en patient främst ansvarige läkaren alltid skall känna sig ha ansvaret för patienten även i fråga om rehabilitering. Förvaltningen, som finner detta vara ett oeftergivligt krav, skulle i vad avser det rent medicinska ansvaret under det totala rehabiliteringsförloppet vilja dra upp följande riktlinjer. För erforderlig rehabilitering under slutet sjukhusvård bör ansvaret åvila vederbörande klinikchef, som antingen själv handhar rehabiliteringen eller anlitar rehabiliteringsläkaren som konsult. När patienten utskrives från kliniken för att fortsätta rehabiliteringen vid rehabiliteringsavdelning överföres ansvaret på rehabiliteringsläkaren, som i erforderlig utsträckning håller kontakt med vederbörande klinikchef. Även i det skede, där ansvaret för rehabiliteringen övergått på arbetsvårdsorganet, måste patienten stå under medicinsk kontroll, vilken kan ombesörjas av arbetsvårdens läkare och genom anlitan vid behov av ovannämnde rehabiliteringsläkare som konsult.

De vanföras riksförbund finner att

det synes icke möjligt för chefsläkare vid rehabiliteringskliniker att överspanna hela det register av medicinska rehabiliteringsåtgärder, som erfordras för att tillgodose behovet hos olika patientgrupper. CRB har också i sin PM angivit att den för sjukvården av en patient främst ansvarige läkaren alltid skall känna sig ha ansvar för patienten även vad det gäller rehabiliteringen. DVR vill tolka detta uttalande på så sätt att behandlingen av rörelseskadade även på rehabiliteringskliniken skall ske under överinseende av ortopedläkare. Rehabiliteringskliniken får enligt DVR:s uppfattning ses som ett serviceorgan för sjukhusets specialiteter. Ansvaret för kliniken och dess utnyttjande bör åvila dess chefsläkare i enlighet med beredningens förslag.

I anslutning till ovanstående fråga understryker vissa remissinstanser angelägenheten av att kompetenskrav för tjänst som rehabiliteringsläkare snarast fastställas. Häribland återfinns *förvaltningsutskotten i Uppsala, Skaraborgs och Gävleborgs läns landsting, Svenska stadsförbundets sjukvårdsdelegation, Stockholms stads sjukvårdsstyrelse, Stockholms stads arbetsvårdschef* samt *De vanföras riksförbund*.

I andra uttalanden diskuteras olika frågeställningar i samband med bestämmandet av sådana kompetenskrav med hänsyn till de uppgifter, som kan komma att åvila rehabiliteringsläkaren.

Medicinalstyrelsen meddelar beträffande ovissheten om kompetenskrav för rehabiliteringsläkare

att frågan om rehabiliteringsläkarnas utbildning diskuterats vid överläggningar i medicinalstyrelsen den 25 januari 1956. Därefter har i samband med överläggningar i medicinalstyrelsen den 6 september 1962 angående den medicinska rehabiliteringens organisation, till vilka företrädare för skilda rehabiliteringsområden kallats, utbildningsfrågan ånyo upptagits till övervägande.

Styrelsen åberopar därvid fört protokoll, enligt vilket stora svårigheter befanns föreligga att i detalj fastställa en utbildningsplan för rehabiliteringsläkare.

Gällande behörighetsbestämmelser för överläkare och biträdande överläkare vid specialklinik av lasarett (se k. k. 17/12 1915, senaste lydelse SFS nr 548/1959) är tillämpliga beträffande motsvarande tjänster vid rehabiliteringskliniker, innebärande krav på 3 års tjänstgöring, därav minst 2 år såsom underordnad läkare. Av dessa 3 år skall minst 2 år ha fullgjorts vid rehabiliteringsklinik och återstående tid vid rehabiliteringsklinik eller vid klinik av större betydelse för den sökta tjänsten. Styrelsen, som anser gällande behörighetskrav otillräckliga, har i skrivelse till Kungl. Maj:t den 17 september 1959 framlagt förslag till nya behörighetsbestämmelser med betydligt ökad utbildningstid. Sedermera har medicinalstyrelsens nämnd för specialistbehörighet den 19 december 1961 hos Kungl Maj:t föreslagit, att de särskilda behörighetsbestämmelserna skulle upphävas och ersättas av en reell kompetensbedömning, varvid gällande specialistbehörighetskrav skulle vara vägledande. Kungl Maj:t har icke ännu meddelat beslut i ärendet.

Direktionen för karolinska sjukhuset åberopar att

enligt en praktiskt taget samstämmig uppfattning bland läkare, som intresserat sig för rehabiliteringsfrågor, bör man ej ålägga en och samme läkare att kliniskt bedöma de vitt skilda fall som skall rehabiliteras, övervaka och leda fysikalisk terapi, rörelseterapi, arbetsterapi, utföra fysisk arbetsprövning, utföra den kombinerade psykologiska-fysiska-yrkestekniska arbetsprövningen samt ha kontakt med aktuella möjligheter för arbetsplacering, som nödvändigtvis måste beaktas under rehabiliteringens gång. Dessa uppgifter måste uppdelas på flera läkare och hjälpkrafter. Bland annat måste en uppdelning ske mellan uppgifterna för de kliniska specialisterna, de läkare som förestår verksamheten vid avdelningen för fysioterapi och de medicinska experter, som skall biträda arbetsvården. De senare bör ha bl. a. särskild utbildning i socialmedicin, när deras verksamhet kan betraktas som tillämplad socialmedicin. För dessa krävs alltså en väsentligt annan utbildning än för läkarna på avdelningen för fysioterapi. De skall även omhändertaga såväl somatiskt som psykiskt sjuka patienter, vilket måste beaktas vid uppställande av specialistkrav. Man kan följaktligen skilja mellan åtminstone tre slag av rehabiliteringsläkare som skall ha specialistutbildning: 1) läkare på kliniker speciellt intresserade av den egna patientgruppens rehabilitering, t. ex. neurologiska rehabiliteringsläkare, 2) läkare på avdelningen för fysioterapi och 3) socialmedicinare med ansvar för den medicinska vården på socialvårdssidan.

Stockholms läns landstings förvaltningsutskott anser att det knappast finns skäl att — som beredningen anfört — vid fastställande av kompetenskrav för läkare vid de allmänna rehabiliteringsavdelningarna taga särskild hänsyn till de krav, som den kvalificerade arbetsprövningen ställer.

Uppsala läns landstings förvaltningsutskott hoppas att vid den fortsatta närmare penetrationen av frågan om kompetenskrav för rehabiliteringsläkare hänsyn tas till det psykiatriska klienteletets stora rehabiliteringsbehov.

I den för regionsjukhuset respektive centrallasarettet utformade rehabiliteringsorganisationen måste en ledande läkare vara psykiatriskt skolad. Det torde här ej räcka att psykiatriska konsulter anlitas, då konsulterna knappast kan få tillräcklig erfarenhet av arbetsvård och arbetsmarknad och deras kunskaper därigenom ej kan rätt tillämpas. Sannolikt bör rehabiliteringsverksamheten ledas av två experter, den ene med i huvudsak invärtes-medicinsk-fysiurgisk inriktning och den andre med psykiatrisk-socialmedicinsk.

Hallands läns landstings förvaltningsutskott vill

erinna om att kompetenskraven måste bero av verksamhetens inriktning och att beredningen icke tillräckligt preciserat rehabiliteringsklinikens verksamhetsfält och arbetsformer. Först sedan detta skett bör kompetensvillkoren diskuteras, så att man icke riskerar att få läkare som i framtiden — när klinikernas arbetssätt mera slutligt utformats — visar sig ha en utbildning, som icke motsvarar arbetsuppgifterna.

Arbetsvårdschefen i Stockholms stad anser att beredningen med rätta påtalar att

rehabilitering ej fått ställning som särskild specialitet och ovissheten rörande vilka behörighetskrav som bör uppställas för tjänst som rehabiliteringsläkare. Ur arbetsvårdens synpunkt är det angeläget att kompetenskrav för tjänst såsom rehabiliteringsläkare snarast fastställas.

Det vill från arbetsvårdsbyråns erfarenheter synas som om den gemensamma nämnaren i det mångskiftande problemkomplex som inrymmer i rehabiliteringen är behovet av psykiatrisk-socialmedicinsk bedömning och behandling. Som följd därav bör dessa specialiteter grundlägga rehabiliteringsläkarens kompetens. Behovet av medicinsk sakkunskap i fråga om speciella fysiska sjukdomstillstånd m. m. synes därvid böra tillgodoses genom anlåtande av konsulter. Därest den på sjukhus bedrivna rehabiliteringen skulle förutsätta en annan kompetens, torde det bli nödvändigt att uppställa särskilda behörighetsvillkor för läkare vid den öppna verksamhet som bedrivs av kommunala arbetsvårdsinstitutioner.

Sveriges läkarförbund gör följande uttalande.

Beredningen gör gällande att rekryteringen av rehabiliteringsläkare hämmas på grund av osäkerhet bland underläkare om vilken utbildning som meriterar för rehabiliteringsläkartjänster. Detta sammanhänger med osäkerheten om rehabiliteringsorganisationens framtida uppbyggnad, men sannolikt ligger rekryteringssvårigheterna också på ett annat plan, nämligen ovissheten om man skall kunna få tillräcklig och kvalificerad personal och ovissheten om de ekonomiska förmånerna jämfört med andra specialiteter. Frågan om specialitet i rehabilitering synes ännu inte vara mogen för ställningstagande. Däremot bör behörighetskraven för överläkare fixeras, ehuru man här får räkna med att godtaga en hel rad olika specialiteter som randutbildning av betydelse.

De vanföras riksförbund vill understryka beredningens förslag att kompetenskrav för tjänst såsom rehabiliteringsläkare snarast fastställas. Därvid bör av läkaren krävas socialmedicinska kunskaper.

Svenska föreningen för psykisk hälsovård påpekar

att beredningen, när det gäller utformningen av kompetensvillkoren för rehabiliteringsläkare, skriver, att det bör förutsättas att man vid rehabiliteringskliniken bör ha tillgång till särskilda konsulter på olika specialområden samt att ett intimt samarbete sker med psykiatrisk och socialmedicinsk sakkunskap. Man får här ett intryck av att beredningen nästan förutsätter, att det inte skulle bli vare sig en psykiater eller en socialmedicinare som chef för eventuella rehabiliteringskliniker. Enligt styrelsens uppfattning synes en psykiater eller socialmedicinare snarast vara lämpligaste chef för en rehabiliteringsklinik.

Kommentar till samordningsfrågorna

Allmänna synpunkter

Allmän enighet synes enligt remissyttrandena råda om nödvändigheten av ökad samordning av den allmänna rehabiliteringsverksamheten såväl i be-

handlingshänseende som i administrativt och ekonomiskt hänseende. Likaså anses det från samordningssynpunkt angeläget att nya organ, som sysslar med rehabilitering, icke onödigtvis tillskapas med de risker för prestigekonflikter och behörighetstvister, som detta kan innebära.

Också i fråga om den positiva värderingen av de insatser för rehabiliteringen, som göres inom näringslivet och av enskilda organisationer, och om önskvärdheten av att så långt det är möjligt samordna dem med de samhälleliga åtgärderna på området synes enighet råda. Beredningen noterar härvid med särskild tillfredsställelse den positiva inställning till en sådan samordning, som deklarerats av de remissorgan, vilka företräder näringslivet och de enskilda organisationerna.

I en särskild subkommitté inom CRB utredes för närvarande frågan om rehabiliteringen och företagens hälsovård med sikte bl. a. på en samordning av samhällets och näringslivets rehabiliteringsinsatser. Frågan om de enskilda organisationernas ställning och samordnandet av deras verksamhet med samhällets rehabiliteringsverksamhet har också upptagits till behandling av beredningen i skilda sammanhang. Sålunda torde CRB:s uppdrag att utreda frågan om vanförestälternas ställning och verksamhet slutföras under sommaren 1964. Frågan har också berörts i olika remissyttranden från beredningen, bl. a. angående SVCK:s verksamhet, varvid förutsatts att närmare undersökningar om SVCK:s inordnande i ett större rehabiliteringssammanhang måste komma till stånd. I samband med det alltmer växande antalet organisationer för olika grupper av handikappade bör även i övrigt upptagas till övervägande, i vad mån deras verksamhet kan rationaliseras och inriktas på vissa bestämda uppgifter allt eftersom andra övertages av de reguljära samhällsorganen. CRB avser att upptaga dessa frågor till diskussion med berörda parter.

Även om — som ovan framhållits — principiell enighet råder om behovet av ökad samordning inom den allmänna rehabiliteringsverksamheten gör sig dock olika uppfattningar gällande om hur denna bäst skall åvägbringas. En del remissinstanser anser erforderlig samordning mellan befintliga kommunala och statliga organ "icke vara omöjlig" i den mån tillräckliga personella resurser erhålles. Vissa remissinstanser framför starka betänkligheter mot en uppdelning av rehabiliteringsproceduren på skilda organ, vilken andra anser icke behöva äventyra en samordning.

En av de företrädade ståndpunkterna innebär att bästa formen för en samordning ekonomiskt och administrativt uppnås, om "landstingen göres till huvudmän för hela rehabiliteringsverksamheten liksom de är eller håller på att bli för sjukvårdens olika verksamhetsområden" (Kronobergs läns landstings förvaltningsutskott m. fl.). Med utgångspunkt från synen på arbetsmarknadspolitiken som en helhet anser däremot LO ett överförande under länsarbetsnämndernas administration av träningsverkstäderna och måhända även av den skyddade verksamheten kunna övervägas.

Mot bakgrund av det här anförda finner beredningen, som i sin PM framför allt tagit upp samordningsfrågorna från funktionell synpunkt och icke så mycket från administrativ synpunkt, anledning föreligga att i det följande mera ingå också på dessa aspekter i överensstämmelse med de önskemål härom, som framförts i vissa av de återgivna remissyttrandena.

De av CRB framlagda riktlinjerna för den allmänna rehabiliteringsorganisationen, sådana de åskådliggjorts bl. a. i den till promemorian fogade funktionsplanen, avser att visa hur rehabiliteringen av de enskilda fallen skall kunna bedrivas som den enhetliga process den enligt samstämmiga uppfattningar måste utgöra. CRB har härvid utgått ifrån — och betraktat det som en fördel från funktionella samordningssynpunkter — att landstingen respektive städerna utanför landsting på det sätt som redan skett engagerat sig som huvudmän i rehabiliteringsorganisationens utbyggnad vid och utanför sjukhus såväl i vad avser den medicinska som den yrkesmässiga delen av verksamheten.

CRB har sålunda ansett att frågan om huvudmannaskapet för exempelvis rehabiliteringskliniker och träningsverkstäder redan nu har fått en god lösning. Med utgångspunkt härifrån samt andra i promemorian återopade lämplighetsskäl har CRB förordat att samma huvudmän — landsting och storstäder — såsom reellt redan skett på flera håll även skall påtaga sig huvudmannaskapet för skyddad verksamhet såväl inom sina vårdinstitutioner som för klientelet i öppen vård. CRB har härvid förutsatt att detta huvudmannaansvar för rehabiliteringens olika former inom sjukvårdsområdena skall ha samma innebörd som i fråga om öppen och slutna sjukvård enligt gällande sjukvårdslag — nämligen ansvar för tillhandahållandet av erforderliga resurser i den mån icke annan drar försorg därom. I praktiken skulle detta innebära att de vid sin planering skall kunna ta hänsyn till även de rehabiliteringsinstitutioner, som eventuellt finnes anordnade exempelvis genom primärkommunernas eller olika organisationers försorg. De behöver sålunda ej själva driva all verksamhet i egen regi, men deras ansvar innebär, att de måste ha ett samlat grepp över de behövliga rehabiliteringsresurserna och deras utnyttjande.

Frågan om arbetsprovningens förläggning till rehabiliteringsklinikerna eller till avdelningar inom träningsverkstäder eller ett utnyttjande för detta ändamål av resurserna inom båda slagen av institutioner har icke av CRB setts som ett val mellan olika huvudmän. I samtliga fall blir ju ifrågavarande landsting respektive stad utanför landsting huvudman för även denna del av rehabiliteringsverksamheten. Huruvida härutöver erfordras särskilda arbetskliniker, eventuellt i statlig regi, är en specialfråga, till vilken beredningen återkommer i senare sammanhang.

En sekundär fråga blir givetvis sedan om huvudmännen anförtror sina rehabiliteringsuppgifter åt ett gemensamt förvaltningsorgan eller fördelar dem mellan flera sådana. Till denna fråga har CRB ej tagit ställning i sin PM.

I den mån flera förvaltningsorgan delar uppgifterna, exempelvis sjukvårdsstyrelse och kommunal arbetsvårdsnämnd, synes såväl dessa som huvudmannen ha allt intresse av att deras utbyggnadsplaner och åtgärder i övrigt samdimensioneras och samordnas på ett ur funktionssynpunkt riktigt sätt. Detta underlättas givetvis om antalet förvaltande organ kan begränsas till det minsta möjliga. Särskilt inom mycket stora och folkrika områden kan en uppdelning på två eller flera organ måhända vara administrativt befogad. Frågan härom måste bedömas från fall till fall. Någon likriktning i detta hänseende anser CRB icke nödvändig. Vid en uppdelning på flera organ måste formerna för samordningen av deras verksamhet närmare preciseras, så att organisationen för varje enskilt fall kan fungera effektivt.

När det gäller de statliga organens roll inom rehabiliteringen är det viktigt att skilja mellan å ena sidan deras insatser på grund av åligganden att själva som huvudmän svara för viss verksamhet, exempelvis vid fångvårdsanstalter, ungdomsvårdsskolor, statliga alkoholanstalter, psykopatsjukhus och de ännu så länge statliga mentalsjukhusen, och å andra sidan deras insatser som tillsynsmyndigheter över den rehabiliteringsverksamhet, som bedrivs av de lokala huvudmännen, exempelvis vid rehabiliteringskliniker och träningsverkstäder.

Som direkt ansvariga för rehabiliteringsuppgifterna inom ovannämnda vårdområden samt för beredande av arbete åt alla dem, som på grund av handikapp är särskilt svårplacerade på arbetsmarknaden, har de statliga myndigheterna självfallet intresse av ett intimt samarbete med de landstingskommunala rehabiliteringsorganen såväl i vad gäller medicinsk som yrkesmässig rehabilitering. Härvid är det angeläget att intagningsförfarandet regleras så att rehabiliteringsbehovet hos olika patientgrupper beaktas i lika mån oavsett från vilket vårdområde de remitteras. Som tidigare framhållits är det angeläget att utbyggnaden av den medicinska och yrkesmässiga sidan av rehabiliteringsverksamheten så avväges i förhållande till varandra att erforderlig balans erhålles.

Samordningen på länsplanet

Betydelsen av de under denna punkt berörda frågorna har starkt understrukits i de remissyttranden, som närmare ingått på dem. Från flera håll framhålles också önskvärdheten av att försäkringskassorna med sin nya utformning och det ansvar, som ålagts dem för att rehabiliteringsåtgärder vidtages i därför lämpade fall, får spela en mycket betydelsefull roll i det samarbete i rehabiliteringsfrågor, som på länsplanet måste ske mellan kassorna, huvudmännen för den lokala rehabiliteringsverksamheten (landsting, storstäder), länsarbetsnämnder m. fl. Angelägenheten av att i ett sådant organiserat samarbete även ingår representanter för socialvårds-

organen, arbetsgivare- och arbetstagarorganisationerna samt de handikappades egna organisationer understrykes särskilt i en del av yttrandena.

CRB har i sin PM åberopat behovet av erfarenheter av samarbetet och verksamheten i övrigt sedan de nya försäkringsorganen på länsplanet trätt i funktion. Av särskild betydelse är härvid de erfarenheter, som vinnes inom områden med en någorlunda väl utbyggd rehabiliteringsorganisation. Även om det nu gångna verksamhetsåret givit en del erfarenheter i här berörda hänseende, är problematiken så komplicerad att tiden ännu icke torde vara mogen för ett definitivt ställningstagande till ett eventuellt nytt samordningsorgan på länsplanet och dess funktioner. I den mån vissa praktiska samarbetsfrågor aktualiseras, vilka kan lösas utan att föregripa mera vittgående principiella ställningstaganden, bör de dock kunna upptagas till behandling separat. Folksam har i sitt yttrande framfört ett förslag om att överlämna den centrala samordningsuppgiften till riksförsäkringsverket, ma att lösas också på det regionala och lokala planet. Till frågan om ett auktoritativt centralt samordningsorgan avser CRB att återkomma i senare delen av detta betänkande.

Arbetsprovningens placering i rehabiliteringsorganisationen

Härom hänvisas liksom beträffande remissyttrandena i frågan till vad som anföres om arbetsprovning under kapitel 9 De olika leden i rehabiliteringsverksamheten.

Ansvar för rehabilitering under sjukhusvård

I detta avsnitt har främst behandlats frågan om samordningen av rehabiliteringsåtgärderna under sjukhusvård och ansvarsfördelningen mellan överläkaren vid respektive akutsjukvårdsklinik och den särskilde rehabiliteringsläkaren. I detta sammanhang brukar man stundom tala om huruvida den horisontella eller den vertikala principen skall äga företräde vid rehabiliteringsverksamhetens utformning.

Remissinstanserna har i regel icke uttalat några principiellt avvikande uppfattningar från CRB:s uttalanden rörande dessa frågor. Medan i en del remissyttranden närmast hävdats att de i stort sett redan kan anses reglerade i enlighet med CRB:s riktlinjer och att dessa således knappast innehåller något nytt, har andra ansett att betydelsen av de angivna riktlinjerna, även om de i princip redan torde gälla, "icke nog kan understrykas". Den meningen har dock även uttalats bl. a. av Svenska stadsförbundets sjukvårdsdelegation, att behov föreligger av ännu bestämdare riktlinjer. Stockholms stads sjukvårdsstyrelse har också framlagt ett konkret förslag i dylikt avseende, vilket sträcker sig över gränsen till institutionerna utanför sjukhus.

Uppenbart är att vare sig den "vertikala" eller den "horisontella" prin-

cipen kan bli ensam utslagsgivande i fråga om ansvaret för rehabilitering. I mycket hög grad måste i praktiken de enskilda fallens art bli avgörande för hur långt akutsjukvårdsläkaren bör följa dem även under eftervårdsstadiet, måhända även under yrkesmässig rehabilitering och efter återgång till arbetslivet. Likaså måste fallens art bestämna i vilken utsträckning rehabiliteringsläkaren och de speciella resurserna inom hans klinik kan behöva tagas i anspråk även för patienter, som ligger kvar på akutsjukvårdsklinik. Att utforma mera bestämda generella riktlinjer för samarbetsformerna härvidlag är därför vanskligt. Frågan bör dock tagas upp i de råd och anvisningar rörande rehabiliteringsorganisationen vid regionssjukhus och centrallasarett, som medicinalstyrelsen förklarar sig ha för avsikt utfärda.

Vad beträffar det formella huvudansvaret för patienten under sjukhusvård delar CRB meningen att detta — i överensstämmelse med gällande kliniken karaktär av serviceorgan i förhållande till å andra kliniker vårdade patienter synes icke böra rubba denna princip i vad gäller till kliniken överförda patienter i öppen och slutenvård. Med hänsyn till det väl utvecklade samarbete, som redan finns inom sjukhusvården, torde hithörande frågor knappast behöva vålla större problem sedan rehabiliteringsorganisationen mera allmänt utbyggs vid sjukhusen.

Stor uppmärksamhet har i remissyttrandena ägnats frågan om rehabiliteringsläkarnas kompetens och angelägenheten av att kompetenskrav fastställes snarast möjligt. CRB vill ytterligare understryka detta men delar också den uppfattning, som i en del yttranden framförts, att dessa krav måste utformas på ett realistiskt sätt i förhållande till de arbetsuppgifter, som skall åvila rehabiliteringsläkaren. På denna punkt råder för närvarande delade meningar bl. a. beträffande rehabiliteringsläkarnas roll i arbetsprövningen. Kompetenskraven måste också påverkas av frågan om vilket klientel man har att räkna med vid de allmänna medicinska rehabiliteringsklinikerna och i vilken utsträckning särskild socialmedicinsk och annan expertis finnes att tillgå inom rehabiliteringsverksamheten.

KAPITEL 9

De olika leden i rehabiliteringsverksamheten

Akutsjukvård

Promemorian

I anslutning till vad som anförts i kapitel 6 om betydelsen av att rehabiliteringen insättes på ett tidigt stadium och i kapitel 8 om ansvaret för rehabilitering under sjukhusvård utvecklas i promemorian närmare betydelsen av att ett behov av rehabiliteringsåtgärder blir beaktat redan under akutsjukvårdsstadiet. Där har även understrukits den för vården primärt ansvarige läkarens skyldighet att bevaka att ett sådant behov icke förbises eller blir försummat. Som särskilt angeläget framhålles att inom sjukvården kuratorn eller annan socialarbetare redan på akutstadiet medverkar till att sociala svårigheter och problem uppmärksammas och så vitt möjligt bringas till en lösning.

Som förut nämnts föreligger enligt engelska och amerikanska erfarenheter ett betydande rehabiliteringsbehov hos bl. a. de för akutsjukvård intagna patienterna. Hur stort behovet är här i landet tillhör de frågor, som behöver närmare utredas. Även i fråga om den öppna sjukvårdens patienter synes undersökningar av rehabiliteringsbehovet böra komma till stånd. På några håll i landet har redan nu undersökningar av detta slag påbörjats på initiativ av eller i samarbete med socialmedicinsk expertis.

Någon fixerad gräns mellan sjukvårds- och rehabiliteringsåtgärder i samband med akutsjukvården torde knappast kunna uppdragas. Detta synes icke heller vara nödvändigt. Uppenbart är dock att alla strävanden, som går ut icke blott på egentlig sjukdomsbehandling utan också på att söka upprätthålla och förbättra patienternas allmänna kondition såväl fysiskt som psykiskt samt att öka deras funktionsförmåga, är av största betydelse även ur rehabiliteringssynpunkt. I många fall kan det emellertid också redan under det akuta stadiet vara nödvändigt att påbörja planeringen av en rehabilitering på längre sikt. För att härvid en helhetsbedömning med beaktande av såväl fysiska som psykiska, sociala och arbetsmarknadsmässiga synpunkter skall komma till stånd, bör denna bedömning ofta ske i samråd med rehabiliteringsklinikens experter och företrädare för socialmedicin.

Remissyttrandena

Kronobergs läns landstings förvaltningsutskott (direktionen för central-lasarettet i Växjö) understryker att en rehabiliteringsverksamhet skall "på-

börjas under det akuta sjukdomsskedet, fortsätta under eftervårdsskedet och givetvis även under långtidsjukvård”.

Örebro läns landstings förvaltningsutskott erinrar om uttalandet

att rehabiliteringen av en patient bör påbörjas redan med omhändertagandet i ambulansen. Otvivelaktigt ligger det mycket sanning i detta uttalande. Uppläggningsen av den akuta sjukvården måste nämligen redan från början sikta mot att icke blott åstadkomma en framgångsrik kurativ vård, som botar sjukdomen eller läker den uppkomna skadan, utan redan från början syfta mot en återinpassning i arbets- och samhällsliv. Dess bättre torde man kunna konstatera, att den moderna svenska sjukvården har en sådan inställning. Därför innebär den medicinska rehabiliteringen på intet sätt någon nyhet inom den svenska sjukvården. Vad som nu pågår är att den gives utökade resurser och får sin egen organisation.

LO understryker vad beredningen anfört om angelägenheten av att patienternas sociala svårigheter och problem uppmärksammas och såvitt möjligt bringas till en lösning och att detta sker redan under tiden för akutsjukvården. Därigenom torde möjligheterna till en senare insatt yrkesinriktad rehabilitering väsentligt förbättras.

Föreningen Sveriges arbetsterapeuter framhåller att ADL-träning enligt nu vunnit erfarenhet bör ske så snart som möjligt efter insjuknandet och helst redan på akutsjukhusets vårdavdelning.

De vanföras riksförbund gör följande uttalande.

Vid sjukhusen sker för närvarande i regel icke någon kontinuerlig bevakning av patienternas rehabiliteringsbehov. Patienten får ofta själv ta initiativet till kontakt med sjukhusets kurator. I regel har kuratorer icke heller möjlighet att inom den tidsperiod, som står till förfogande, innan patienten utskrivs från sjukhuset, lösa så svåra sociala och familjeproblem, som uppkommer t. ex. när patienten blir starkt rörelsehindrad. Patienten behöver vägledning och hjälp med bostads-, transport- och arbetsfrågorna. Många gånger sändes patienten hem, innan kontakt uppnåtts med andra samhällsorgan, som kan övertaga ansvaret.

DVR vill därför förorda att det i rutinen vid utskrivningen av patient skall ingå att rehabiliteringsklinik eller — om sådan icke finnes — sjukhuskuratorn kontrollerar att icke sociala eller andra faktorer kvarstår, vilka kan försvåra patientens återgång till normala levnadsbetingelser. Har patienten behov av ytterligare hjälp även efter utskrivningen skall detta före utskrivningen anmälas till försäkringskassan, som har att i samråd med den försäkrade bevaka att åtgärderna fullföljes.

Eftersjukvård

Promemorian

I promemorian konstateras, att när en patient inte längre mera kontinuerligt är i behov av sådan vård och behandling, som kräver akutsjukvårdens speciella resurser, men ändå inte är tillräckligt återställd för att återgå till

sitt vanliga liv, ofta behov inträder av en med hänsyn till fallets art utformad eftersjukvård.

Medan eftersjukvården tidigare mest betraktades som en vilo- och konvalescensperiod anses den numera utgöra det stadium, då en intensiv behandling och aktivering av patienten har sitt största värde och i många fall är nödvändiga för att funktions- och arbetsförmågan skall kunna återvinnas. Härvid är det i regel till fördel, om den läkare, som haft ansvaret för patienten under det akuta stadiet, även under eftervården följer denne på sådant sätt att han antingen bibehåller det fulla ansvaret för vården eller i varje fall som konsult medverkar i denna. Som förut framhållits är det inom vissa specialiteter mera angeläget än inom andra att eftervården kan ske i nära anknytning till akutsjukvården. Såväl medicinska som organisatoriska skäl kan sålunda ofta åberopas härför, t. ex. inom mentalsjukvården, vården av hörsel- och synskadade och fall med talrubbingar etc. Speciella institutioner för rehabiliteringen, bedrivna i nära samarbete med ifrågavarande specialkliniker, kan i sådana fall stundom erfordras. Behov härav har särskilt hävdats i fråga om viss neurologisk långtidsvård.

För ett mycket stort antal fall i behov av fysisk och psykisk uppträning torde rehabiliteringsklinikerna med de speciella metoder och resurser, som dessa bör förfoga över, erbjuda den bästa formen av eftervård. De bör stå öppna för konsultationer rörande patienter inom de mera specialiserade rehabiliteringsinstitutionerna och vid behov medverka i rehabiliteringen av deras fall.

Remissyttrandena

Arbetsmarknadsstyrelsen framhåller att vid medicinsk rehabiliteringsklinik bör även bedrivas ADL-träning samt finnas resurser för social utredning och rådgivning. Denna bör också vara utrustad med resurser för industriell terapi för dels funktionsprovning och dels funktionsträning.

Direktionen för karolinska sjukhuset anför följande.

En blivande klinik för allmän medicinsk rehabilitering och fysikalisk terapi vid karolinska sjukhuset bör avses för medicinsk rehabilitering under sjukdom och konvalescens av patienter, vilka vid sjukhuset genomgår eller genomgått erforderlig akutvård med utredning och behandling. För patienter med kvarstående invaliditet eller kronisk sjukdom skall kliniken upprätthålla en fortlöpande dispenserlämning kontroll. Till de rehabiliterande åtgärder, som bör bedrivas vid kliniken, hör sjukgymnastik, fysikalisk terapi, ADL-träning, psykoterapi samt arbetsterapi innefattande jämväl s. k. industriell arbetsterapi. Med sistnämnda verksamhet avses sådan funktionell arbetsterapi, som består i rörelseträning genom trä- och metallarbete m. m. i verkstad med viss enklare maskinell utrustning och som syftar till uppträning av rörelsehindrade kroppsdelar, varvid arbetstempo och produktivitet är av helt underordnad betydelse.

Stockholms läns landstings förvaltningsutskott anser att de medicinska rehabiliteringsavdelningarna i första hand bör betraktas som behandlingsavdelningar med sjukgymnastik, arbetsterapi etc. I samarbete med övriga avdelningar på sjukhuset, framför allt avdelningen för klinisk fysiologi, kan de även medverka till de funktionsprövningar som kan vara av betydelse vid bedömningen av patientens arbetsförmåga.

Blekinge läns landstings förvaltningsutskott åberopar

Karlskrona lasarets byggnadskommitté, vilken ansett att rehabiliteringsverksamheten vid ett sjukhus bäres upp av tre huvuddelar: gymnastikavdelningen, arbetsterapiavdelningen och samarbetsorganet med sociala institutioner utanför sjukhuset, främst arbetsvården.

Direktionen för lasarettet i Lund instämmer helt i CRB:s tankegångar

att rehabiliteringsverksamheten måste fördelas på flera instanser och att en väsentlig del av patientens återförande till hälsa måste ske på de olika specialklinikerna. Det synes riktigast om de rehabiliteringskliniker som inrättas blir instanser, dit de mest svårbehandlade rehabiliteringsfallen kan hänvisas, och där sådana patientgrupper, som för närvarande inte har kunnat omhändertagas i tillräcklig omfattning, blir tillgodosedda.

Direktionen framhåller vidare att personer, som är så starkt handikappade, att de ej kan klara det dagliga livets färdigheter, klart hör hemma inom den medicinska rehabiliteringen. "Träning i det dagliga livets färdigheter bör ske av arbetsterapeuter och sjukgymnaster under direkt ledning av läkare. Någon s. k. träningslägenhet behöver därför ej inrättas vid arbets träningsverkstäderna. Det skulle innebära en onödig dubblering av dyrbar utrustning."

Hallands läns landstings förvaltningsutskott ansluter sig till tanken på inrättande av rehabiliteringskliniker med särskild överläkare men anser att dessa klinikers verksamhetsfält och arbetsformer icke tillräckligt preciseras.

Göteborgs och Bohus läns landstings förvaltningsutskott anser att ökade resurser för arbetsterapi, sjukgymnastik m. m. samt arbetsträning bör kunna skapas utan att utvecklingen föregripes, "men däremot måste rehabiliteringsklinikernas arbetsuppgifter på landstingsplanet så långt möjligt konkretiseras efter en med hänsyn till de personella och ekonomiska förutsättningarna inom överskådlig framtid realistisk målsättning".

Örebro läns landstings förvaltningsutskott finner att

även i de fall när den akuta kurativa vården skett på regionsjukhusen bör normalt den speciella medicinska rehabiliteringen kunna förläggas till centrallasarettet i

patientens hemlän. Rehabiliteringsavdelningarna vid regionsjukhusen bör därför väsentligen ha att ombesörja rehabiliteringsuppgifter för patienter från det egna sjukvårdsområdet. Akutsjukvården vid regionsjukhusen har emellertid drivits till en längre gående specialisering än vid centrallasaretten. Den har även till sitt förfogande flera serviceorgan och det är därför naturligt att regionsjukhusens rehabiliteringsavdelningar gives en mera omfattande utrustning än flertalet centrallasarets.

Västmanlands läns landstings förvaltningsutskott instämmer i CRB:s uttalande beträffande nödvändigheten att vid rehabiliteringskliniker och arbetsträningsinstitut inrättas s. k. träningslägenheter för arbetsprovning i hushållsarbete för handikappade husmödrar och andra utövare av hushållsarbete.

Även *Arbetsvårdsnämnden i Västerås* anser att den del av ADL-träningen, som oundgängligen måste äga rum under direkt och kontinuerlig ledning av läkare och bedrivs av sjukvårdspersonal såsom sjukgymnaster, arbetsterapeuter m. fl., bör äga rum vid rehabiliteringsklinikerna å regionsjukhusen och centrallasaretten.

Gävleborgs läns landstings förvaltningsutskott instämmer i beredningens uttalande att rehabiliteringsklinikerna torde erbjuda den bästa formen av eftervård för ett stort antal fall. Med kännedom om att ett stort behov av eftervård föreligger vid akutsjukhusen finner utskottet det troligt att endast en ringa del av eftervårdsfallen kan rymmas inom rehabiliteringsklinikerna, allra helst som dessa enligt utskottets uppfattning endast bör dimensioneras för ett mindre platsantal.

Norrbottnens läns landstings förvaltningsutskott omtalar att en rehabiliteringsklinik planeras vid länets centrallasarett (i Boden), men frågan står ännu öppen, huruvida denna klinik bör förses med några egna vårdplatser och i så fall hur många; därvidlag hade det varit av värde att nu få några centrala råd och anvisningar.

Även *Svenska stadsförbundets sjukvårdsdelegation* finner skäl föreligga att frågan om vårdplatser vid rehabiliteringsklinikerna tages upp till övervägande.

Stockhoms stads sjukvårdsstyrelse konstaterar att beredningen icke tagit ställning till den väsentliga frågan, om rehabiliteringsavdelningar vid sjukhus skall utrustas med egna vårdplatser.

Sjukvårdsstyrelsen erinrar om att i en år 1954 avgiven promemoria uttalar sig medicinalstyrelsen för att en avdelning för sluten vård torde krävas som kärna i en utbyggd medicinsk rehabilitering.

Detta har dock icke bedömts erforderligt för rehabiliteringsverksamheten vid Södersjukhuset. Sjukvårdsförvaltningen vill på detta stadium lämna denna principfråga öppen men förutsätter att den blir föremål för överväganden i annat sammanhang.

För att rehabilitering i det enskilda fallet alltid skall komma till stånd på det ena eller andra sättet är det vidare, såsom beredningen anför, av vikt att vid sidan av särskilda rehabiliteringsavdelningar jämväl vissa av sjukhusens övriga specialavdelningar utrustas med rehabiliteringsresurser. Ett speciellt intresse bör enligt sjukvårdsförvaltningens åsikt ägnas de neurologiska sjukdomarna och den neurologiska rehabiliteringen, som omfattar en mycket stor patientgrupp. Enligt nyligen utkommet meddelande från medicinalstyrelsen bör neurologiska rehabiliteringsavdelningar i första hand uppföras i fyra av landets sjukvårdsregioner, nämligen i Lund—Malmö, Göteborg, Stockholm samt Umeå. I anslutning härtill har centrala sjukvårdsberedningen utarbetat ett principförslag till lokalprogram för dylika rehabiliteringsavdelningar.

LO finner det angeläget att understryka värdet av att eftersjukvården blir en period av behandling och aktivering av patienten. Inte annat än i undantagsfall bör den betraktas som en ren vilo- och konvalescensperiod.

Svenska läkaresällskapets sektion för ortopedi har, som tidigare nämnts, understrukit att en väsentlig del av rehabiliteringen skall fortgå på de olika klinikerna i anslutning till den sjukvårdande verksamhet, som bedrivs där. Först när ett rehabiliteringsfall blir av mera komplicerad natur, dvs. när det kräver arbetsträning av mera avancerat slag eller arbetsprövning, bör rehabiliteringskliniken inkopplas.

Sektionen för åldersforskning anser det naturligt och ur medicinsk synpunkt riktigt att, när det gäller vård av gamla, den ordinarie läkaren även övervakar rehabiliteringen samt planerar aktiviteternas utveckling efter vunnen erfarenhet. "Det geriatriska klientelet fordrar mer medicinsk övervakning och kontroll än annat klientel. Den geriatriska avdelningen bör alltså ha en egen rehabiliteringsavdelning. I övrigt är det riktigt med särskilda rehabiliteringskliniker med specialutbildade egna läkare, som dock bör samarbeta med de olika klinikernas läkare".

Svensk sjuksköterskeförening understryker att patienternas eftervård i hög grad bör aktiveras och att detta lika mycket gäller psykiskt som fysiskt handikappade patienter.

SVCK, som föreslagit att rehabiliteringsverksamheten skall starta med vid sjukhusen redan befintliga resurser för att sedan successivt utbyggas (se kapitel 7), framhåller att om så skulle anses lämpligt, kan dessa avdelningar efter hand ytterligare utbyggas med egna vårdplatser, samtidigt som de redan från första stund utgör en funktionsduglig stomme i rehabiliteringsverksamheten.

De vanföras riksförbund konstaterar att

beredningen berör endast den eftervård, som sker i anslutning till sjukvården. DVR anser det viktigt att behandlingen kan följas upp även efter det att patienten utskrivs. För många vanföra patienter pågår eftervården livet ut. De behöver sjukgymnastik och fysikalisk behandling, bad- och konditionsträning. Detta behov har bl. a. cp-skadade, ms-sjuka, reumatiker, paraplegiker m. fl. rörelseskadade. DVR vill understryka att behovet av sådana eftervårdande åtgärder tillgodoses och samordnas med rehabiliteringsklinikernas verksamhet. Bl. a. erfordras ambulerande sjukgymnaster.

Riksförbundet framhåller också såsom ett värdefullt komplement till övriga eftervårdsåtgärder den handikappidrott, för vilken DVR är huvudman, och den konvalescent- och rekreationsverksamhet, som förbundet driver, och vill föreslå statligt stöd till den sistnämnda verksamheten.

Förbundet vill vidare förorda

att de medicinska rehabiliteringsklinikernas verksamhet skall ha till målsättning att uppöva kroppens normala funktioner och medicinskt återställa patienternas kondition. För detta ändamål bör klinikerna förfoga över resurser för fysisk och psykisk konditionsträning och träning av det dagliga livets aktiviteter. Till den senare verksamheten bör även höra träning i hushållsarbete vid specialinredd lägenhet för rörelsehindrade. De träningslägenheter, som hittills inrättats, har förlagts till arbetsträningsinstitut. Det har därvid varit svårt att få fram något intresse från de handikappade husmödrarnas sida för träning vid träningslägenheterna efter det att de återvänt till hemmet efter sjukhusvistelsen. Däremot bör träningslägenheter vid sjukhusen fylla en betydelsefull funktion i ADL-träningen för såväl manliga som kvinnliga patienter.

Kvinnoorganisationernas stiftelse till stöd åt handikappade husmodrar konstaterar med stor tillfredsställelse att CRB anser träningslägenhet böra finnas både vid rehabiliteringskliniker och träningsinstitutioner.

Svenska föreningen för psykisk hälsovård påtalar att psykoterapi ej återfinns som behandlingsmetod när det gäller fysisk och psykisk återanpassning av eftersjukvårdspatienter till dagligt liv och arbete i den som bilaga till CRB:s PM fogade "Allmän funktionsplan för medicinsk och social organisation inom en sjukvårdsregion".

Långtidssjukvård

Promemorian

CRB uttalar att inom institutionerna för såväl fysisk som psykisk långtidssjukvård i regel särskilda former för rehabiliteringsverksamhet bör stå till förfogande. I den mån så är lämpligt torde dock även för dessa patienter rehabiliteringsklinikernas resurser vid behov böra utnyttjas i form av bl. a. ADL-träning, arbetsterapi etc.

Remissyttrandena

Södermanlands läns landstings förvaltningsutskott biträder beredningens uppfattning att särskilda former för rehabilitering bör stå till förfogande för såväl fysisk som psykisk långtidssjukvård.

Gävleborgs läns landstings förvaltningsutskott betonar att stora krav fortfarande kommer att ställas på den rehabiliterande verksamheten inom långtidssjukvården.

Just inom denna vårdgren torde finnas möjligheter att medelst ADL-träning och annan aktiv rehabilitering göra stora insatser såväl för individen som för samhället. Från samhällets sida har detta betydelse icke minst ur ekonomisk synpunkt, enär de långtidssjuka patienterna som bekant upptaga en stor del av den samlade slutna vården. Det är därför naturligt, att långtidssjukvården bör givas hög prioritet i den samlade insatsen för rehabilitering.

Svenska läkaresällskapets sektion för åldersforskning framhåller särskilt att inom åldringssjukvården och annan vård av långvarigt kroppssjuka, såväl den öppna som den slutna, är personalen alltför otillräcklig. "Det behövs fler läkare, sjuksköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter. För genomförande av det viktiga ADL-programmet behövs även mer underpersonal."

 "Även den slutna långtidseftervården av opererade kirurg- och ortopedfall har stort behov av rehabilitering. Långtidsvården över huvud taget rymmer en mängd rehabiliteringsproblem."

Även *Svensk sjuksköterskeförening* fastslår att möjligheten att inom sjukvården intensifiera patienternas rehabilitering även är beroende av tillgång på personal, eftersom många rehabiliteringsåtgärder är tidskrävande. Detta anges gälla t. ex. ADL-träning inom långtidsvården.

De vanföras riksförbund har, som tidigare berörts, i sitt yttrande behandlat frågan om de höggradigt vanföra ungdomarnas bostadssituation och redogjort för de initiativ till lösning av detta problem som förbundet tagit.

Arbetsprövning

Promemorian

I kapitel 8 Vissa samordningsfrågor har som en särskild sådan fråga refererats promemorians avsnitt om arbetsprövningens placering i rehabiliteringsorganisationen. I det följande återges vad i promemorian i andra sammanhang anförts om arbetsprövning såsom ett viktigt led i rehabiliteringsverksamheten.

Till en början fastslås att man vid arbetsprövning avser att fastställa och värdera en persons fysiska, psykiska, sociala och yrkestekniska funktions- och arbetsförmåga. Det framhålls att det hittills i stor utsträckning varit socialförsäkringens, socialvårdens och arbetsvårdens organ, som för sin bedömning av arbets- och försörjningsförmågan hos olika fall känt sig vara i behov av utredning i här berörda avseenden. Då den nya inriktningen av rehabiliteringen har som mål att tidigt uppsåra dem, som behöver behandling och stödåtgärder av skilda slag, måste sådan prövning i allt större utsträckning komma att påkallas i direkt anslutning till den medicinska vården, nämligen så snart det synes ovisst, om en patient kan återgå till ett normalt liv och tidigare sysselsättning.

Erfarenheterna från den sedan 1952 bedrivna försöksverksamheten vid statens arbetsklirik har — trots verksamhetens begränsade omfattning — klart vittnat om behovet av en utbyggd prövningsverksamhet. Det är härvid angeläget att metoderna vidareutvecklas och utnyttjas i väsentligt större omfattning än som hittills kunnat ske. I promemorian förordas därför att en arbetsprövning av här angivet slag införlivas med verksamheten vid rehabiliteringsklinikerna i första hand vid regionsjukhusen, men i mån av behov och tillgång på personal även vid centrallasaretten.

Bland olika invändningar, som rests mot en sådan integration av arbetsprövningen med klinikernas verksamhet, nämnes i promemorian att från en del håll uttalats, att resurserna för arbetsprövning borde disponeras av arbetsmarknadsorganen, då det eljest kunde befaras att andra fall än de från arbetsvården remitterade gäves företräde. Risk har även ansetts föreligga att för arbetsprövning remitterade svårbehandlade sociala och psykiatriska fall skulle komma att dominera verksamheten vid rehabiliteringsklinikerna. Vidare har ifrågasatts, om rehabiliteringsläkarna kunde väntas ha tillräckliga kunskaper om arbetsmarknaden och arbetskraven för de med prövningen förenade uppgifterna.

I dessa hänseenden framhålls i promemorian, att en effektiv samordning av rehabiliteringens medicinska och sociala sida förutsätter ett intimt samarbete mellan i första hand arbetsvårdens företrädare och rehabiliteringsläkarna vid dispositionen och utnyttjandet av såväl sjukvårdens som arbetsvårdens resurser.

Beträffande hittillsvarande arbetsprövningsmetoder liksom beträffande den medicinska rehabiliteringsverksamheten i övrigt konstateras i promemorian att de främst varit inriktade på vissa grupper av fysiskt handikappade. Med ökade resurser bör givetvis en breddning ske i detta hänseende och metodiken för behandlingen av andra grupper utvecklas vidare.

Svårigheten att under initialskedet av verksamheten erhålla personal, inklusive läkare, med erforderlig utbildning måste innebära att här avsedd arbetsprövning i början endast kan bedrivas vid ett fåtal institutioner i landet. Den vidare inriktningen på nya patientgrupper medför — som också

tidigare i promemorian framhållits — ökade krav på psykiatrisk och socialmedicinsk expertis inom rehabiliteringsverksamheten.

Beträffande de olika leden i arbetsprövningen anföres i övrigt följande.

Den *fysiska och psykiska arbetsprövningen* bör ske med utgångspunkt från de uppgifter, som erhållits från remitterande läkare, samt en allmänundersökning, kompletterad med därav motiverade specialundersökningar. Den eller de kliniska specialister, som ansvarar för den handikappades sjukvård, bör fortlöpande ge anvisningar för den fortsatta vården samt ange de kliniska utgångspunkterna för arbetsprövningen.

Den fysiska och psykiska uppträningen och arbetsprövningen är integrerade processer. Den fysiska arbetsprövningen verkställs av rehabiliteringsläkaren som vid behov konsulterar den kliniske fysiologen. Den psykiska arbetsprövningen verkställs av psykiatrisk specialist i samarbete med klinisk psykolog, vilka svarar för bedömningen i detta hänseende.

I den mån rehabiliteringsläkaren ej själv leder den handikappades psykosomatiska uppträning skall han samarbeta med vederbörande kliniske specialist, som åtagit sig att ansvara för denna (neurologisk, ortopedisk, reumatologisk, psykiatrisk rehabilitering etc.).

Vid den helhetsbedömning av arbetsförmågan, vari prövningen utmynnar, bör i många fall även socialmedicinsk liksom också industripsykologisk och annan psykoteknisk sakkunskap anlitas. Kontakt kan även erfordras med såväl arbetsvården som företrädare för näringslivet, bl. a. företagsläkarna, i syfte att få den handikappades arbetsförmåga bedömd i relation till aktuella arbetskrav på den öppna arbetsmarknaden. Arbetsfysiologisk sakkunskap kan i detta sammanhang behöva konsulteras.

Vid arbetsprövning bör bl. a. beaktas den handikappades möjligheter till arbete i den öppna marknaden med hänsyn till särskilda av handikappet betingade förhållanden, t. ex. behov av speciella anordningar för transport till och från arbetet.

Den *yrkestekniska arbetsprövningen* innebär en systematisk observation av de handikappades arbetsprestationer under deras sysselsättning med arbetsprövningsarbeten. Härvid jämföres de resultat, som vunnits vid den fysiska och psykiska arbetsprövningen, med resultaten av den praktiska arbetsprövningen, varigenom ett säkrare underlag erhålles för den helhetsbedömning och prognos i fråga om arbetsförmågan, som är arbetsprövningens syfte.

Den yrkestekniska arbetsprövningen inledes redan i samband med arbetsterapin under den psykosomatiska uppträningen men har sin tyngdpunkt förlagd till ett senare skede, varvid arbetsledaren inom de olika verksamhetsformer, som omfattas av prövningen, tillsammans med rehabiliteringsläkaren, i förekommande fall i samråd med vederbörande arbetsvårdstjänsteman, bedömer resultaten.

Det är av stor betydelse att för denna del av arbetsprövningen tillgång finns till så differentierade verksamhetsformer att en så allsidig bedömning som möjligt kan ske. Utom industriell verksamhet av skilda slag bör även kontorsarbete, hushållsarbete m. m. stå till förfogande.

Särskilt framhålles att s. k. träningslägenheter¹⁾ är nödvändiga för arbetsprövning i hushållsarbete för handikappade husmödrar och andra utövare av hushållsyrket. När det gäller den yrkestekniska prövningen på detta område är det för

¹⁾ Jfr vissa remissyttranden om behovet och förläggningen av sådana lägenheter, vilka återgivits i avsnittet om efter sjukvård.

bedömningen angeläget att arbetsledaren-prövningsledaren är en utbildad hushållslärare. Dessa lägenheter, som bör finnas både vid rehabiliteringskliniker och träningsinstitutioner, är också nödvändiga för den träning för det dagliga livets aktiviteter, som både manliga och kvinnliga patienter kan vara i behov av.

Den *sociala utredningen* i samband med arbetsprövningen inledes av sjukhuskuratorn, ofta redan på akutstadiet, och innefattar framför allt familjesocial utredning. Denna kompletteras sedermera av arbetsvårdstjänstemannen med en arbetsvårdsutredning, avsedd att tillsammans med arbetsprövningens resultat ligga till grund för erforderlig yrkesvägledning. I anslutning till den sociala utredningen bör även i samråd med patienten sådana miljösanerande åtgärder fortlöpande vidtagas, som kan befinnas erforderliga för att komma till rätta med exempelvis familjeproblem, bostadsproblem, ekonomiska problem etc.

Under nu rådande förhållanden, då klienterna i stor utsträckning får sin första kontakt med rehabiliteringsverksamheten genom arbetsvården, blir det ofta arbetsvårdstjänstemannen, som har att verkställa den primära sociala utredningen, vilken senare får kompletteras med medicinska bedömanden samt eventuell ytterligare social utredning och därav föranledda åtgärder.

I ett följande avsnitt behandlar promemorian vissa speciella frågor rörande arbetsprövning.

Härvid erinras om att i arbetsmarknadsstyrelsens arbetsvårdspolitiska program anges att vissa arbetsträningsinstitutioner samt vanförestallternas yrkesskolor bör utrustas med speciella resurser för självständig arbetsprövning. I PM den 12 juli 1962 har också arbetsmarknadsstyrelsen framlagt närmare förslag om vissa arbetsträningsverkstäders utrustning för detta ändamål.

Under hänvisning till att beredningen efter ytterligare expertutredning avser att framlägga sina principiella synpunkter på frågan om vanförestallternas ställning och arbetsuppgifter, göres i promemorian inga uttalanden om ett eventuellt utnyttjande av dessa anstalter eller vissa av dem för arbetsprövning.

Beträffande träningsverkstädernas roll i arbetsprövningen förutsättes att dessa verkstäder på längre sikt bör kunna utnyttjas för den yrkestekniska delen av arbetsprövningen, under förutsättning att de är belägna så nära sjukhus med utbyggda rehabiliteringsresurser att erforderlig samordning och behövtligt samarbete mellan de olika institutionernas personal kan ske.

Under en övergångstid, tills rehabiliteringsorganisationen vid sjukhusen hunnit utbyggas till erforderlig kapacitet, kan det vara av värde att vissa centralt belägna träningsinstitutioner utrustas med sådana resurser att en kvalitativt tillfredsställande arbetsprövning där kan komma till stånd. Här för erfordras bl. a. att medicinsk och annan expertis i erforderlig utsträckning står till förfogande för verksamheten och att denna bedrivs i intim kontakt med närbeläget sjukhus. Som angeläget framhålls att sjukvårdshuvudmännen, som förutsättes komma att anordna och driva verksamheten, kan på förhand bilda sig en klar uppfattning om de insatser som krävs

och den omfattning, vari statsbidrag kan påräkas. Med hänsyn härtill och då i en del fall den övergångstid, varunder arbetsprövning måste bedrivas i sådan form, kan bli ganska långvarig, rekommenderas att frågan om de resurser, som erfordras, liksom även samarbetsformerna mellan ifrågasvarande institutioner och sjukhusen, blir föremål för närmare diskussion och samråd mellan arbetsmarknadsstyrelsen, medicinalstyrelsen och huvudmännen för verksamheten.

Remissyttrandena

Då frågan om arbetsprövningen — dess uppgifter och formerna för dess inordnande i rehabiliteringsorganisationen — är det av de i promemorian behandlade problemen, varom meningarna synes vara mest delade, har i det följande vad därom anförts i remissyttrandena återgivits särskilt utförligt.

Arbetsmarknadsstyrelsen:

Med arbetsprövning avser man enligt statens arbetsklirik att med medicinsk, psykologisk och social utredning samt praktiska arbetsprov under yrkesmässiga former kartlägga den handikappades intressen och anlagsinriktning, fysisk och psykisk arbetskapacitet, arbetsvilja och förmåga till samarbete med arbetsledning och arbetskamrater, över huvud en allsidig bedömning av en persons förutsättningar för visst arbete.

I sin rekommendation (nr 99) angående arbetsvård för partiellt arbetsföra, Vocational Rehabilitation (Disabled) Recommendation, 1955, har ILO hänfört arbetsprövning till de arbetsvårdande åtgärderna. Sverige har år 1955 anslutit sig till ILO:s rekommendation.

Som beredningen antytt har arbetsmarknadsstyrelsen i en den 12 juli 1962 dagtecknad promemoria dragit upp riktlinjerna för organiserandet av avdelningar för arbetsprövning i anslutning till arbetsträningsinstitut. Denna promemoria har mötts av ett mycket stort intresse av huvudmännen. Redan under innevarande år torde 8—9 sådana prövningsavdelningar komma till stånd med sammanlagt 80—90 platser. Då prövningstiden har beräknats till högst 2 månader, får dessa avdelningar en kapacitet av ca 500 prövningsfall per år. Utöver i promemorian angivna riktlinjer bistår styrelsen huvudmännen med råd och anvisningar vid planeringen. Härvid erhålles även viss medverkan av statens arbetsklirik. Styrelsen beräknar, att antalet prövningsplatser vid slutet av år 1964 skall uppgå till ca 180, varvid den årliga kapaciteten vid denna tidpunkt skulle uppgå till ca 1 000 prövningsfall.

Det bör i anslutning till föregående anmälas, att styrelsen den 26 januari 1963 jämväl har utfärdat råd och anvisningar för arbetsprövning i anslutning till träningsinstitutioner, vilka utarbetats under medverkan av statens arbetsklirik. I dessa har styrelsen bl. a. understrukit, att den medicinska rehabiliteringen i förekommande fall bör vara avslutad, innan klient intas för arbetsprövning.

Det synes arbetsmarknadsstyrelsen vara en tämligen sekundär fråga var tillsynen för arbetsprövningen skall ligga. Styrelsen anser emellertid att några bärande skäl ej framförts för en ändring av de förhållanden, som nu råder, och som medicinalstyrelsen och arbetsmarknadsstyrelsen är överens om.

I sammanfattningen av sitt yttrande framhåller arbetsmarknadsstyrelsen även att, enligt dess mening, "arbetsprövning liksom hittills bör höra hemma inom den yrkesmässiga rehabiliteringen (arbetsvården)".

Riksförsäkringsverket:

Då arbetsprövningen är ett så utomordentligt viktigt led i samband med bl. a. invaliditetsbedömningen hälsar riksförsäkringsverket med tillfredsställelse den ökning av resurserna som skulle komma till stånd genom att kvalificerad sådan prövning blir en uppgift för rehabiliteringsklinikerna, i första hand vid region-sjukhusen men även vid centrallasaretten. Det torde emellertid vara ställt utom tvekan att ett mera fullständigt genomförande av planerna på inrättande av rehabiliteringskliniker vid sjukhusen kommer att dröja ännu ett flertal år. Det är därför ur riksförsäkringsverkets synpunkt angeläget understryka nödvändigheten av att i dagens läge för arbetsprövningen skapas resurser i annan ordning än via rehabiliteringsklinikerna. Verket ansluter sig härutinnan till tanken på att såsom ett mer eller mindre provisoriskt arrangemang i viss omfattning förlägga arbetsprövningen till arbetsträninginstitutet. Huruvida vid en fullt utbyggd organisation av rehabiliteringsklinikerna arbetsprövning skall — bortsett från den rent yrkestekniska delen därav — till större eller mindre del förekomma även inom arbetsvården, är en praktisk fråga som det inte är nödvändigt att nu fatta definitivt ståndpunkt i. Som framhållits kan det förväntas dröja en avsevärd tidrymd innan den blir på allvar aktuell och förhållandena skall under tiden ha undergått sådana förändringar, att nya överväganden måste äga rum.

Bland annat för underlättande av den invaliditetsbedömning, som hänförde sig till den tidigare folkpensioneringen, fann dåvarande pensionsstyrelsen behovet av vidgade arbetsprövningsresurser så framträdande, att styrelsen fann sig böra vid sjukhuset i Tranås inrätta en särskild rehabiliteringsavdelning, omfattande bl. a. industriell arbetsterapi och utrustad med träningskök m. m. Sedan densamma nu varit i verksamhet sedan mer än fyra år, är det anledning konstatera att den på ett tillfredsställande sätt fyllt sin uppgift, inte minst när det gällt ställningstagande till svårbedömbara och tveksamma ansökningar om förtidspension. Med hänsyn bl. a. till avdelningens otillräckliga kapacitet och för att möta de ökade behov av arbetsprövning som den allmänna pensioneringen skapat har riksförsäkringsverket funnit sig föranlåtet att vidtaga anstalter för inrättande vid verkets sjukhus i Nynäshamn, i anslutning till den medicinska rehabiliteringen, av en läkarledd avdelning för kvalificerad arbetsprövning och arbetsträning. Avdelningen beräknas kunna börja sin verksamhet i slutet av detta eller i början på nästa år. En kraftigt bidragande orsak till att verket funnit sig böra taga ett sådant initiativ utgör naturligtvis också vetskapen om att utbyggnaden av organisationen med rehabiliteringskliniker kommer att draga ut på tiden.

Statskontoret:

Det förefaller önskvärt att man under beredningens fortsatta arbete ägnar större uppmärksamhet än som hittills gjorts åt frågan om gränsdragningen i administrativt avseende mellan övervägande medicinskt betonad och annan rehabilitering. På grund av de stora krav som ställs och kommer att ställas på sjukvårdsorganisationen torde det nämligen vara angeläget att i denna icke inordnas annan verksamhet än sådan som kräver mera kontinuerliga, i sträng mening medicinska insatser.

Ett exempel på ett sådant gränsdragningsproblem är frågan om statens arbetskliniks organisatoriska ställning. Beredningen har föreslagit att den skall ingå i

Karolinska sjukhusets organisation. Ett antal medicinska experter, ingående i beredningens s. k. panel, har emellertid enligt vad statskontoret inhämtat ställt sig avvisande till denna tanke. Frågan torde böra tagas upp till förnyat övervägande.

Medicinalstyrelsen:

Beträffande arbetsprovningen anför CRB, att en systematisk, med medicinsk vård och andra åtgärder för förbättring av funktions- och arbetsförmåga förenad sådan provning ligger helt inom ramen för den vård, som bör meddelas vid rehabiliteringskliniker, varför arbetsprovningen enligt CRB:s förslag bör ingå bland uppgifterna för dessa kliniker. För den yrkestekniska provningen bör anlitas resurser inom kliniken eller inom arbetsträningsverkstad i närheten. Särskilda arbetskliniker utanför sjukhusorganisationen bör enligt CRB ej finnas.

CRB:s definition av begreppet "arbetsprovning" synes styrelsen oklar. Till den del arbetsprovningen innefattar en funktionell provning i fysiskt och psykiskt hänseende ingår densamma som ett naturligt led i rehabiliteringsklinikens verksamhet. Den kvalificerade arbetstekniska provningen såsom den utformats vid statens arbetsklirik och vars innehåll är att pröva handikappade personers förmåga och lämplighet för olika yrken i syfte att aktivera dem till en arbetsinsats inom för dem lämpligt arbetsområde, är däremot enligt styrelsens åsikt i princip att hänföra till arbetsvården framför allt på grund av dess starka yrkestekniska inslag och industriella miljö. Om denna gränsdragning har medicinalstyrelsen och arbetsmarknadsstyrelsen överenskommit och den arbetar enligt styrelsernas uppfattning väl. Även om resurserna för ifrågavarande kvalificerade arbetstekniska provning bör starkt centraliseras och lämpligen förläggas i anslutning till region-sjukhusen, bör de därvid icke inlemmas i rehabiliteringskliniker utan givas självständig ställning i form av arbetskliniker, sorterande under arbetsvården. En god kontakt med ömsesidigt utbyte av gjorda erfarenheter mellan dessa tvenne enheter, representerande å ena sidan den medicinska rehabiliteringen och å andra sidan arbetsvården, är väl ägnad att främja en allsidig och effektiv rehabiliteringsorganisation.

Medicinalstyrelsen, som även går in på rådande ovisshet om vilka kompetenskrav som bör uppställas för tjänst som rehabiliteringsläkare och svårigheterna för en och samma person att behärska alla former av rehabilitering för handikappade av skilda slag, anser att rehabiliteringsläkaren ännu mindre kan såsom chef påtaga sig ansvaret för den kvalificerade arbetstekniska provningen.

Statens arbetsklirik anser att beredningen ej preciserat vad den menar med begreppet arbetsprovning och ej heller närmare motiverat sitt förslag rörande sådan provning.

Om beredningen avser "sådan kvalificerad arbetsprovning, som förekommer vid statens arbetsklirik, eller sådan arbetsprovning, som sker vid vissa arbetsträningsinstitutioner", kan klinikstyrelsen icke ansluta sig till beredningens förslag.

Beredningen anser att en systematisk med medicinsk vård och andra åtgärder för förbättring av funktions- och arbetsförmågan förenad arbetsprovning helt ligger inom ramen för den vård, som bör meddelas på sjukhusens rehabiliteringskliniker.

Beredningen uppger vidare, att statens arbetsklirik inrättades i syfte att få till stånd en med medicinsk vård och andra åtgärder för förbättring av arbetsförmågan förenad arbetsprövning. Styrelsen vill påpeka, att varken i arbetsmarknadsstyrelsens skrivelse den 15 februari 1950 angående organiserandet av en central arbetsprövningsverksamhet i Stockholm eller i Kungl. Maj:ts proposition nr 167 år 1950 eller i Kungl. Maj:ts instruktion för arbetskliniken (SFS 1951:184) säges något om att medicinsk vård skulle vara förenad med den arbetsprövning som förekommer vid kliniken. Kliniken har uppgift att pröva arbetshindrade och ur sysselsättnings-synpunkt svårbedömda personers förutsättningar för olika arbeten samt att bedriva arbetsfysiologisk och arbetspsykologisk forskning. Den medicinska behandling, som förekommit, har varit direkt förknippad med fullgörandet av dessa arbetsuppgifter.

Beredningen uppger vidare, att verksamheten endast skulle avse fysiskt handikappade. Denna uppgift är ej riktig. De flesta av de klienter, som arbetsprövats vid kliniken under årens lopp, har nämligen varit psykiskt sjuka, abnorma eller insufficienta.

Det påtalas också att kliniken hela tiden förfogat över begränsade resurser och att det fortfarande skulle vara en försöksverksamhet som där bedrivs. Det är riktigt att klinikens resurser i fråga om lokaler är otillfredsställande, men övriga resurser är för närvarande enligt styrelsens uppfattning förhållandevis goda ifråga om såväl tillgång på skicklig och för sina uppgifter väl utbildad personal som medicinsk, teknisk och annan utrustning samt beträffande möjligheter till forskning och specialistkonsultationer. Styrelsen hävdar också att det icke är en försöksverksamhet, som numera bedrivs vid kliniken. Verksamheten har funnit sin form och kommit att bli en väl avgränsad funktion inom rehabiliteringsverksamheten. Det pågår dock ständigt ett utvecklingsarbete på prövningsområdet.

Beträffande den kvalificerade arbetsprövningens roll i rehabiliteringssammanhanget och dess eventuella införlivande i sjukhusorganisationen vill styrelsen med stöd av sina erfarenheter hävda att den kvalificerade arbetsprövning, som förekommer vid statens arbetsklirik, är en från den medicinska rehabiliteringen väl avgränsad verksamhet. Ett införlivande av denna verksamhet med den medicinska rehabiliteringen skulle kunna få menliga följder för utvecklingen av just den speciella del av rehabiliteringen, som den kvalificerade arbetsprövningen utgör.

Klinikstyrelsen övergår nu att behandla frågan om arbetsklinikens framtida organisatoriska ställning och dess förhållande till Karolinska sjukhuset.

Utan att samtidigt framlägga en närmare motivering eller utredning har beredningen föreslagit, att statens arbetsklirik lämpligen bör inordnas i rehabiliteringsorganisationen inom Karolinska sjukhuset samt att man för den — enligt beredningens beteckning — yrkestekniska delen av arbetsprövningen skulle utnyttja lämpligt belägna arbetsträningsverkstäder.

Den arbetsprövning som i kvalificerad form bedrivs vid arbetskliniken syftar till att genom medicinsk, psykologisk och social utredning samt praktiska arbetsprov under yrkesmässiga former kartlägga den handikappades intressen och anlagsinriktning, fysiska och psykiska arbetskapacitet, arbetsmotivation och förmåga till samarbete med arbetsledning och arbetskamrater, över huvud en allsidig bedömning av en persons förutsättningar för ett visst arbete. Den avser således ej rehabilitering genom fysikalisk terapi, sjukgymnastik, arbetsterapi etc. Diagnostiska utredningar och terapeutiska åtgärder bör i största möjliga utsträckning vara avslutade, när en person remitteras för prövning. Som förut nämnts, rör det sig om en verksamhet med ett klientel och en arbetsteknik, som gör att denna verksamhet kan väl avgränsas från verksamheten vid kliniker och avdelningar för medicinsk

rehabilitering. Resurserna vid arbetskliniken är utformade för ett ur arbetsvårds-synpunkt särskilt svårbedömt klientel.

I fråga om prövningsklientelet synes beredningen utgå från det antagandet, att klienterna skulle till största delen kunna uppsåras på sjukhusstadiet. Erfarenheten utvisar emellertid att endast ett mycket litet antal för arbetsprövning aktuella klienter direktremitterats från sjukhus. Huvudparten av klienterna remitteras för närvarande från den statliga arbetsvården eller — ofta på initiativ av arbetsvården — från socialvård, försäkringsinrättningar, pensionsbeviljande myndigheter m. fl. och i de flesta fall är vederbörande ej i behov av medicinsk vård. Av praktiska och ekonomiska skäl finnes det således ingen anledning att skriva in dessa arbetsprövningsklienter på sjukhus vare sig som intagna eller som poliklinikpatienter. Även om antalet rehabiliteringskliniker ökar, kommer med största sannolikhet arbetsvården även i framtiden att svara för huvudparten av remisserna till kliniken.

När statens arbetsklirik inrättades, fäste man mycket stort avseende vid att den skulle förfoga över lämpliga arbetsuppgifter i tillräcklig utsträckning från skilda yrkesområden samt att den borde ha ett sådant urval av maskiner, verktyg etc., att konkreta arbetssituationer kunde konstrueras. Det bedömdes också vara av vikt, att kliniken hade förbindelser med yrkesskolor och olika företag, så att klienter kunde remitteras till dessa för att under kontroll genomgå prövningens slutfas. För att tillgodose detta sista önskemål och för att över huvud få goda kontakter med näringslivet för forsknings- och metodarbete uttalade arbetsmarknadsstyrelsen i sitt förslag till klinikens inrättande att det skulle vara till uppenbar fördel för verksamheten, om i styrelsen för densamma ingick representanter för Svenska arbetsgivareföreningen och Landsorganisationen i Sverige.

Då tekniska frågor och problem förmodades upptaga stort utrymme i samband med den yrkesmässiga prövningen, arbetsanalyser, metodstudier etc., föreslog arbetsmarknadsstyrelsen vidare, att tekniska högskolan skulle utse en styrelseledamot. Kungl. Maj:t beslöt i enlighet med förslaget, och ledamöterna i klinikstyrelsen skulle företräda — förutom arbetsmarknadsstyrelsen, direktionen för Karolinska sjukhuset, Karolinska medikokirurgiska institutet, tekniska högskolan i Stockholm, Svenska arbetsgivareföreningen och Landsorganisationen i Sverige — även De partiellt arbetsförsas samarbetskommitté.

Arbetsmarknadsstyrelsens bedömningar i dessa avseenden i samband med klinikens inrättande har visat sig vara riktiga. Den praktiska arbetsprövningen har under årens lopp fått en allt större betydelse i klinikverksamheten och samarbetet med industri och övrigt näringsliv har vidgats och fördjupats, vilket varit en förutsättning för arbetsuppgiftens fullgörande.

Klinikstyrelsen är medveten om att det finnes motiv för en anknytning till Karolinska sjukhuset. Möjligheterna till erforderliga medicinska specialistundersökningar skulle bli bättre. Vidare skulle kanske förutsättningarna att som föreståndare erhålla och behålla kvalificerade läkare, som kan bedriva forskning och utbildning, bli större, om dessa finge ställning som överläkare vid ett undervisningssjukhus.

Det finns även motiv som talar för en anknytning till en arbetsträningsinstitution som har goda allmänna resurser och är belägen i närheten av ett regionsjukhus. Till dessa motiv hör frigörelse från sjukhusmiljö och ett närmande till arbetslivet. Vidare skulle härigenom garantier erhållas för att arbetsvårdsklientelet — vilket erfarenhetsmässigt utgör majoriteten av dem som behöver undergå kvalificerad arbetsprövning — verkligen får tillgång till sådan så långt resurserna medger samt att fortsatta åtgärder, särskilt arbetsträning, kan ske i ett sammanhang.

Den självständiga ställning, som arbetskliniken erhållit, har dock visat sig vara av utomordentligt värde vid fullgörandet av de arbetsuppgifter, som åligger densamma. Likaså har klinikstyrelsens sammansättning medfört, att samarbetet med olika myndigheter, intresseorganisationer och vetenskapliga institutioner främjats, vilket haft sin stora betydelse för klinikverksamhetens utveckling. Det kan i detta sammanhang också nämnas, att kliniken under senare år bedrivit en relativt omfattande utbildningsverksamhet i provningsmetodik för läkare och övrig sjukvårdspersonal, socialarbetare och tekniker. Att under sådana förhållanden inordna denna särpräglade verksamhet som en del eller sektion av en rehabiliteringsavdelning inom ett sjukhus, eller, vilket kunde tänkas, som en avdelning vid en arbets träningsinstitution finner styrelsen felaktigt. Klinikstyrelsen finner sig således på ovan angivna grunder böra avstyrka beredningens förslag, att statens arbetsklinik i Stockholm infogas i den medicinska rehabiliteringen vid Karolinska sjukhuset.

Efter att sålunda ha tillbakavisat förslaget om klinikens införlivande i sjukhusorganisationen gör klinikstyrelsen följande uttalande om värdet av så nära kontakter som möjligt med ett stort sjukhus.

En förutsättning för att en institution för kvalificerad arbetsprovning skall kunna fullgöra sina arbetsuppgifter är att den, förutom ett gott samarbete med ett differentierat näringsliv, även har nära kontakter med ett stort sjukhus, helst ett undervisningssjukhus. En så nära lokal anslutning som möjligt är nödvändig med hänsyn till institutionens behov att repliera på sjukhusets olika polikliniker etc. för specialundersökningar samt för att få möjlighet att konsultera vissa medicinska specialister.

Styrelsen anser det vara till uppenbar fördel för arbetskliniken, om tillräckliga lokalutrymmen kunde beredas för densamma i samband med Karolinska sjukhusets utbyggnad. Härigenom skulle påtagliga fördelar kunna vinnas. Klinikens forskningsarbete skulle kunna koordineras med det forskningsarbete med motsvarande inriktning, som bedrivs vid sjukhuset. Likaså skulle den speciella utbildningsverksamhet som förekommer på kliniken lämpligen kunna samordnas med övrig undervisning.

Direktionen för karolinska sjukhuset:

Direktionen kommer framdeles i samband med framläggande av en ny generalplan för Karolinska sjukhuset jämväl att framlägga förslag till utformning och organisation av en blivande klinik för allmän medicinsk rehabilitering och fysikalisk terapi vid sjukhuset, i vilket sammanhang även frågan om statens arbetskliniks framtida förläggning och organisation kommer att upptagas till prövning. Utan att föregripa sina framtida ställningstaganden i dessa frågor vill direktionen i anslutning till vissa i den remitterade promemorian berörda spörsmål framhålla följande.

Som ett viktigt led i rehabiliteringen av en handikappad individ ingår ofta s. k. arbetsprovning. Denna provning syftar regelmässigt till att genom medicinsk, psykologisk och social utredning samt praktiska arbetsprov under yrkesmässiga former (yrkesteknisk provning) kartlägga en handikappad persons intresse och anlagsriktning, fysiska och psykiska arbetskapacitet, arbetsvilja och förmåga till samarbete med arbetsledning och arbetskamrater. Målet vid arbetsprovning är att få en bild av vederbörandes prestationsförmåga, uthållighet och arbetsvilja. Rent allmänt kan sägas, att de medicinska, psykologiska och sociala problemen över-

väger i början av provningen, medan de yrkesmässiga gör sig starkast gällande i slutet. I de flesta fall är en uppskattning av individens arbetsförmåga och i vad mån denna kan förbättras genom arbetsvårdande åtgärder relativt enkel och arbetsförmågan kan bedömas med kännedom om det medicinska handikappet, som det framgår av läkares beskrivning. I vissa fall är däremot bedömningen betydligt svårare. I sådana fall är en noggrann utredning av klientens somatiska och psykiska tillstånd, hans sociala situation, hans fysiska och psykiska prestationsförmåga och hur denna skall kunna utnyttjas i arbetslivet ofta en nödvändighet. En sådan mera ingående provning går vanligen under benämningen kvalificerad arbetsprovning.

Direktionens synpunkter på frågan om uppgifterna för sjukhusets rehabiliteringsklinik m. m. har ovan redovisats i avsnittet om eftersjukvård.

Direktionen fortsätter.

Beträffande den egentliga arbetsprovningen bör det icke ifrågakomma att till sjukhusets rehabiliteringsklinik koncentrera all den arbetsprovning, som erfordras inom sjukhusets upptagningsområde. Som tidigare framhållits är i de flesta fall arbetsprovningen relativt enkel och kan göras av vederbörande arbetsvårdstjänsteman i samråd med behandlande läkare. Enligt direktionens mening bör som regel den arbetsprovning som härutöver erfordras förläggas till arbetsvårdens institutioner för arbetsträning, vilka säkerligen härvidlag kan i hög grad effektiviseras, om den medicinska insatsen utökas. Erfarenheten har visat, att en arbetsprovningsavdelning måste ha tillgång till läkare för att speciella medicinska problem skall kunna lösas utan dröjsmål. Icke minst betydelsefullt är att provningsavdelningen har tillgång till fasta konsulter, som kan ägna tillräcklig tid åt föreliggande dagsaktuella problem och genom sin förtrogenhet med arbetsvårdsmässiga synpunkter bidra till en skäligen avvägning i tveksamma fall. Med hänsyn härtill bör man i framtiden söka eftersträva att åstadkomma en regelbunden konsultverksamhet genom experter vid rehabiliteringskliniken, varigenom ett effektivt samarbete mellan rehabiliteringskliniken och träningsinstitutet kan etableras till stor fördel för en rationell samordning av olika åtgärder.

De resurser, som rehabiliteringskliniken vid Karolinska sjukhuset kommer att representera, bör sålunda icke tagas i anspråk för sådan arbetsprovning, som kan förläggas till arbetsvårdens träningsinstitut med erforderlig kapacitet.

Vad härefter angår den kvalificerade arbetsprovningen kan direktionen för sin del icke tillstyrka, att den verksamhet, som hittills bedrivits av statens arbetsklinik, inlemmas i Karolinska sjukhusets blivande rehabiliteringsklinik. Enligt direktionens mening bör denna verksamhet alltjämt ges en fristående organisation men såvitt möjligt lokalt nära anslutas till Karolinska sjukhuset. En nära lokal anknytning bör eftersträvas, när verksamheten vid arbetskliniken säkerligen skulle vinna på om den medicinska behandlingen och utredningen av dess klientel kunde ske vid sjukhusets rehabiliteringsklinik. Den huvudsakliga verksamheten vid arbetskliniken bör dock bedrivas som hittills under ledning av en särskild styrelse till dess framtida organisatoriska skäl visat, att en förändring kan vara gagnelig. Det förtjänar i detta sammanhang framhållas, att arbetskliniken torde vara den enda institutionen i vårt land, som hittills mera aktivt bidragit till forskning och praktisk försöksverksamhet inom rehabiliteringen.

Direktionen framhåller även att

enligt en praktiskt taget samstämmig uppfattning bland läkare, som intresserat sig för rehabiliteringsfrågor, bör man ej ålägga en och samma läkare att kliniskt be-

döma de vitt skilda fall som skall rehabiliteras, övervaka och leda fysikalisk terapi, rörelseterapi, arbetsterapi, utföra fysisk arbetsprövning, utföra den kombinerade psykologiska-fysiska-yrkestekniska arbetsprövningen samt ha kontakt med aktuella möjligheter för arbetsplacering, som nödvändigtvis måste beaktas under rehabiliteringens gång. Dessa uppgifter måste uppdelas på flera läkare och hjälpkrafter.

Arbetsmarknadsutredningen:

Beredningen har ägnat särskild uppmärksamhet åt frågan hur arbetsprövningen skall inplaceras i en blivande rehabiliteringsorganisation. Enligt beredningens mening bör en systematisk arbetsprövning, som är förenad med medicinsk vård och andra åtgärder för förbättring av funktions- och arbetsförmåga, tillhöra rehabiliteringsklinikernas uppgifter. I konsekvens med detta ställningstagande föreslår beredningen att Statens arbetsklirik lämpligen bör inordnas i rehabiliteringsorganisationen inom Karolinska sjukhuset. Vad gäller arbetsprövning i övrigt anser beredningen det vara av värde att vissa centralt belägna arbetsträninginstitutioner under en övergångstid, tills rehabiliteringsorganisationen vid sjukhusen hunnit utbyggas till erforderlig kapacitet, utrustas med sådana resurser att en kvalitativt tillfredsställande arbetsprövning kan komma till stånd vid dessa institutioner.

Det är arbetsmarknadsutredningens uppfattning att arbetsprövningsmöjligheter bör tillskapas i anslutning till vissa för sådan verksamhet lämpade träningsverkstäder och att arbetsprövning bör inordnas som en permanent del i arbetsvårdsorganisationen. Prövningsavdelningarnas arbetsuppgifter bör dock enligt utredningens mening begränsas till att enbart omfatta en standardiserad yrkesmässig prövning av handikappade, vilket inte utesluter utan närmast kompletterar en med medicinsk vård och andra åtgärder för förbättring av funktions- och arbetsförmåga förenad arbetsprövning. Som skäl för detta ställningstagande vill utredningen anföra följande.

Det finns ett allmänt behov av förbättrade metoder för bedömning av enskilda arbetssökandes förutsättningar för utbildning och arbete. Många misstag, innebärande personliga misslyckanden och ekonomiska förluster, skulle kunna förebyggas, om större omsorg ägnades åt en bättre anpassning av åtgärder till den enskildes förutsättningar och önskemål. Särskilt framträdande blir kraven på säkrare bedömningsgrunder när det gäller att ombesörja arbetsvård för handikappade personer. Innan åtgärder i form av arbetsträning, skyddad sysselsättning, yrkesutbildning, arbetsplacering eller näringshjälp vidtages och innan utlåtande om förutsättningar för förvärvsarbete lämnas till socialförsäkring eller socialvård, borde i betydligt större utsträckning än hittills ställas en arbetsdiagnos, som grundats på medicinska och psykologiska undersökningar samt på systematiskt upplagda praktiska prov. En metodiskt utförd yrkesmässig prövning är enligt utredningens mening i ett stort antal arbetsvårdsfall en förutsättning för val av lämpliga åtgärder och för den närmare utformningen av desamma.

Den prövning, som enligt utredningens mening skall genomföras vid träningsverkstäder med prövningsavdelning, bör ha en rent yrkesmässig inriktning. Den skall genom standardiserade undersökningar och prov kunna ge svar på frågor om arbetsförmåga och yrkesförutsättningar. Med utgångspunkt från de erfarenheter som gjorts både inom och utom landet och den forskning som bedrivits vid Statens arbetsklirik, torde det enligt utredningen vara möjligt att införa de olika prövningsmomenten i en metodisk plan, som på begränsad tid och med begränsade resurser i fråga om utrustning och personal skall kunna göra en arbetsdiagnos möjlig i icke alltför komplicerade arbetsvårdsfall. Prövningen skulle i stora drag

innehålla erforderliga läkarundersökningar med funktionell inriktning, psykotekniska anlagsprov samt systematisk praktisk prövning enligt s. k. work-sample system, dvs. representativa avsnitt av olika arbetsprocesser så utformade att en standardiserad bedömning av den enskildes lämplighet för ifrågavarande arbeten blir möjlig.

Vid provningsavdelning på ort utan rehabiliteringsklinik kommer i viss utsträckning krav att ställas på medverkan av läkare inom skilda specialområden. Detta kan lämpligen ske genom remiss till utanför provningsavdelningen verksamma specialister. Vid provningsavdelningar på ort med rehabiliteringsklinik synes behovet av läkarexpertis i stor utsträckning kunna tillgodoses genom ett samarbete mellan de båda institutionerna. Ett sådant samarbete underlättas i hög grad av det förhållandet, att landsting eller städer utanför landsting regelmässigt kommer att vara huvudmän för båda dessa verksamhetsgrenar.

Naturligtvis kommer i de enskilda fallen gränserna alltid att bli flytande mellan olika grenar av den medicinska och den arbetsmarknadsmässiga rehabiliteringen. Genom en begränsning av provningsavdelningarnas verksamhetsområde till en yrkesmässigt inriktad prövning behöves man dock enligt utredningens mening inte befara något intrång på det område som tillhör rehabiliteringsklinikerna. Dessa sistnämnda har ett betydligt mera vidsträckt verksamhetsfält med tyngdpunkten förlagd till rehabiliteringsåtgärder för på kliniker eller på anslutet sjukhus intagna patienter och till poliklinisk behandling av rehabiliteringsfall. En väsentlig uppgift därvidlag torde bli omhändertagandet av tidskrävande och från arbetsvårdssynpunkt komplicerade utredningsfall. Även vid en fullt utbyggd rehabiliteringsklinik kommer behov att föreligga av en rent yrkesmässig prövning, som lämpligen kan ske vid provningsavdelning, som är fristående från kliniken.

Den tolkning av begreppet arbetsprövning, som beredningen anför i föreliggande promemoria, har lett till slutsatsen att arbetsprövning i beredningens mening helt ligger inom ramen för den vård, som bör meddelas på rehabiliteringsklinikerna, och att arbetskliniker som bedriver sådan form av arbetsprövning icke bör finnas utanför sjukhusorganisationen. Som framgått av det föregående är det även arbetsmarknadsutredningens mening att "en systematisk med medicinsk vård och andra åtgärder för förbättring av funktions- och arbetsförmågan förenad arbetsprövning" skall förbehållas rehabiliteringsklinikerna. För undvikande av missförstånd bör begreppet arbetsprövning i detta sammanhang utbytas mot *funktionsprövning*. Utredningen delar också i princip beredningens uppfattning, att Statens arbetsklinik bör inordnas i en medicinsk rehabiliteringsorganisation. Det är dock utredningens bestämda mening, att detta icke bör ske förrän rehabiliteringskliniker upprättats i första hand vid undervisnings- och regionsjukhusen. Statens arbetsklinik har nämligen den största betydelse för prövning av komplicerade arbetsvårdsfall remitterade från arbetsvårdsexpeditioner i olika delar av landet samt för forskning, som är direkt inriktad på en utveckling av arbetsvårdens metoder och hjälpmedel. Klinikens ställning som speciellt serviceorgan åt hela arbetsvårdsorganisationen skulle i väsentlig grad gå förlorad i samband med ett införlivande med rehabiliteringsverksamheten vid Karolinska sjukhuset. En sådan organisatorisk förändring bör därför inte ske förrän arbetsvårdens behov av prövning av enskilda arbets sökande och av forskning och metodutveckling kan tillgodoses vid rehabiliteringskliniker även på andra orter i landet.

I anslutning till de överväganden, för vilka redogörelse här i korthet lämnats, avser utredningen framdeles att avlämna förslag om statliga bidrag till uppförande och utrustning av provningsavdelningar, till avdelningarnas drift samt till klienternas försörjning under prövningstiden.

Svenska landstingsförbundets styrelse:

Frågan om arbetsprövningens inlemmande i en effektivt verkande rehabiliteringsarbetsvård inrymmer så många problem, att den enligt styrelsens förmenande icke låter sig bedömas utan mycket ingående överväganden. Det är möjligt att beredningens förslag, att arbetsprövningen skall knytas till rehabiliteringsorganisationen, är det funktionsmässigt riktigaste, men det kan också diskuteras, om icke en samverkan och ett växelspel mellan denna på de medicinska aspekterna inriktade organisation och den på de mera sociala, arbetsmarknadsmässiga problemen inriktade arbetsvården bäst leder till en allsidig helhetsbedömning av den handikappades livssituation. Icke minst väsentligt att så kan ske är det för bedömande av de ytterst grannliga gränsdragningsproblem, som uppkommer vid applicerande av den för allmänna pensioneringen gällande blandade socialmedicinska invaliditetsbedömningen på enskilda fall. Beaktas i detta sammanhang måste också rent praktiska problem sammanhängande med möjligheterna att utan tidsutdräkt få till stånd en effektivt arbetande, hela landet omspannande organisation för arbetsprövning. Frågan om dennas funktionsmässiga och organisatoriska uppbyggnad synes sålunda böra göras till föremål för ytterligare överväganden innan slutlig ståndpunkt tages.

Liknande synpunkter finner sig styrelsen böra anlägga på frågan om huvudmannaskap och organisationsform för den verksamhet som nu bedrivs vid Statens arbetsklirik.

Stockholms läns landstings förvaltningsutskott:

Beredningen fäster bl. a. stort avseende vid ett begrepp, som betecknas som "arbetsprövning" men som är mycket oklart definierat och diffust avgränsat och som synes innefatta en hel del av de åtgärder, som normalt ingår i modern sjukvård. Av detta drar beredningen den slutsatsen, att arbetsprövning ligger helt inom ramen för den vård, som bör meddelas på rehabiliteringskliniken och att den verksamhetsform, som bedrivs vid Statens arbetsklirik, bör ingå i första hand i rehabiliteringsklinikerna på regionnivå och senare även på övriga rehabiliteringskliniker.

Enligt förvaltningsutskottets mening bör de medicinska rehabiliteringsavdelningarna i första hand betraktas som behandlingsavdelningar med sjukgymnastik, arbetsterapi etc. I samarbete med övriga avdelningar på sjukhuset, framför allt avdelningen för klinisk fysiologi, kan de även medverka till de funktionsprövningar, som kan vara av betydelse vid bedömningen av patientens arbetsförmåga. Ansvaret och resurserna för en bedömning av en patients förutsättningar för ett visst arbete torde lämpligen förläggas till arbetsvården. Härvid kommer sannolikt de nu planerade arbetsprövningsavdelningarna vid träningsverkstäderna att ha en betydande funktion att fylla. Förvaltningsutskottet finner det viktigt att ett nära samarbete kommer till stånd mellan de medicinska rehabiliteringsavdelningarna och dessa prövningsavdelningar liksom övriga organ inom arbetsvården. Därför behöver dock icke sjukvårdshuvudmännen anordna och driva verksamheten såsom förutsättes i beredningens promemoria.

Den speciella personal- och kostnadskrävande teknik, som utarbetats vid Statens arbetsklirik, avser ett visst klientel med särskilt stora svårigheter i arbetshänseende. En allsidig bedömning av detta klientels arbetsmöjligheter är otvivelaktigt viktig, men den torde enligt förvaltningsutskottets mening böra centraliseras till ett fåtal institutioner av typen arbetsklirik på regionnivå. Ledningen av en sådan verksamhet bör anförtros en läkare med god utbildning i framför allt psykiatri och social-

medicin. Däremot finns det knappast skäl att — som beredningen anfört — vid fastställande av kompetenskrav för läkare vid de allmänna rehabiliteringsavdelningarna taga särskild hänsyn till de krav, som den kvalificerade arbetsprövningen ställer.

Uppsala läns landstings förvaltningsutskott:

Vad gäller Uppsala läns landsting har innevarande år en särskild rehabiliteringscentral blivit organiserad och förlagd i särskild byggnad vid Akademiska sjukhuset i Uppsala. Frågan om arbetsprövningens ordnande vid centralen torde framdeles få övervägas med hänsyn till vunna erfarenheter av verksamheten.

Södermanlands läns landstings förvaltningsutskott anser att beredningens uppfattning att arbetsprövning helt faller inom ramen för den vård, som bör meddelas på rehabiliteringsklinik, icke är någon nyhet, liksom ej heller att för den yrkestekniska prövningen bör anlitas resurser inom kliniken eller inom arbetsträningsverkstad i närheten.

Utskottet biträder sålunda beredningens uppfattning, att arbetsprövningen skall utgöra en del av rehabiliteringsklinikens verksamhet.

Att härunder skall falla den psykiska och fysiska arbetsprövningen torde vara självklart liksom att rehabiliteringsläkaren härvid skall konsultera de av sjukhusets specialister, vilka patientens tillstånd ger anledning till. Riktigt synes också vara, att den yrkestekniska arbetsprövningen handhaves av arbetsledaren vid träningsverksamheten samt att resultatet bedömes av rehabiliteringsläkaren i samråd med arbetsledaren. Vid detta bedömande bör jämväl föreligga en social utredning, innefattande framför allt en familjesocial utredning samt en arbetsvårdsutredning.

Att för ineliggande patienter den sociala utredningen införskaffas av sjukhuskuratorn torde vara i sin ordning. I fråga om patienter i öppen vård, vilka med hänsyn till att rehabiliteringskliniken är gemensam för hela landstingsområdet är bosatta långt ifrån sjukhusorten, synes det enklare att erforderlig social utredning verkställas av primärkommunernas socialvårdsorgan. Dessa torde i regel redan ha god kännedom om de patienter, varom det här rör sig, och har i varje fall betydligt större förutsättningar att lokalt göra erforderlig social utredning. Utskottet anser sålunda, att erforderlig social utredning bör verkställas för å sjukhuset ineliggande patienter av sjukhuskurator och för patienter i den öppna vården av vederbörande socialvårdsorgan. Att erforderlig arbetsvårdsutredning skall ankomma på arbetsvårdstjänsteman framstår som självklart.

Beredningens åsikt att arbetsträningsverkstad bör kunna utnyttjas för den yrkestekniska delen av arbetsprövningen, därest verkstaden är belägen på sådant sätt att erforderligt samarbete kan ske med rehabiliteringskliniken, finner utskottet naturligt. Härigenom uppnås också det samarbete mellan nämnda klinik och verkstäderna för arbetsträning, som beredningen i annat sammanhang förutsätter.

Utskottet konstaterar härutöver att i fråga om patienter från öppen vård, för vilka försäkringskassan har att tillse att de kommer i åtnjutande av rehabiliteringsåtgärder, vidtagandet av sådana åtgärder bör inledas med arbetsprövning inom ramen för den vård, som bör meddelas på rehabiliteringsklinikerna. Då sjukhusen enligt sjukvårdslagen i första hand är

avsedda för sådana fall som kräver sluten vård torde den bristande tillgången på personella och lokalmässiga resurser leda till en intressekollision, vilken måste gå ut över patienterna från den öppna vården. Beredningen har icke anvisat några vägar för hur denna intressekollision skall kunna lösas med nuvarande resurser.

Östergötlands läns landstings förvaltningsutskott anser att viss oklarhet vidlåder CRB:s promemoria främst beträffande ADL-träningens och den kvalificerade arbetsprövningens placering i rehabiliteringsorganisationen. Båda dessa åtgärdsformer har placerats inom såväl den medicinska som den yrkesmässiga rehabiliteringens ram. Som närmare utvecklas i avsnittet om arbetsträning, anser utskottet dessa frågor liksom frågan om träningsverkstädernas förläggning böra bli föremål för ytterligare överväganden.

Jönköpings läns landstings förvaltningsutskott hänvisar till att ett väl utbyggt arbetsträninginstitut är förlagt till Jönköping, att en rehabiliteringsklinik håller på att färdigställas i samma stad samt att under vissa förutsättningar arbetsprövning kommer att bedrivas vid förstnämnda institut. I princip anser sig landstinget redan ha ordnat respektive planerat för rehabiliteringsverksamhet i stort sett efter de av beredningen uppdragna riktlinjerna.

Kronobergs läns landstings förvaltningsutskott anser att för Kronobergs län synes

föreligga ett behov av en rehabiliteringsklinik ansluten till centrallasarettet i Växjö. I anslutning till denna rehabiliteringsklinik skall också finnas institution för arbetsprövning och arbetsträning och eventuellt även möjligheter till skyddad verksamhet för sådana som inte beräknas kunna återgå till verksamhet i förvärvslivet.

Då man inte kan tänka sig att en rehabiliteringskliniks platsantal kan förslå för de i arbetsprövning, arbetsträning och i skyddad verksamhet sysselsatta patienterna, måste övervägas möjlighet till någon form av internat för dessa patienter.

Man kan kanske överväga om landstingets centrala yrkesskolor möjligen vore ett forum, där arbetsprövning och eventuell arbetsträning skulle kunna läggas. Man har här tillgång till en yrkeskunnig och pedagogiskt utbildad personal, och dessutom en god maskinell utrustning, som med vissa modifikationer skulle kunna användas såväl för yrkesutbildningen som för en arbetsprövning och arbetsträning för handikappade.

De handikappades yrkesutbildning skulle sedan kunna tänkas fortsätta direkt vid samma skolor.

Kristianstads läns landstings förvaltningsutskott:

Beträffande träningsverkstädernas roll i arbetsprövningen räknar beredningen med att dessa verkstäder bör kunna utnyttjas för den yrkestekniska delen av arbetsprövningen. Det torde nog här vara på sin plats att varna för en alltför markerad uppsplattning och gränsdragning mellan olika former av arbetsprövning. Det är

hela människan, som skall bedömas, prövas och tränas. Detta bör då få ske, *dels* under så differentierade verksamhetsformer, att en allsidig bedömning kan ske, *dels* under sådana yttre betingelser och arbetsförhållanden, som så vitt möjligt överensstämmer med den öppna marknadens arbetsförhållanden, *dels* ock slutligen så att den handikappades möjligheter till arbete i den öppna marknaden just med hänsyn till särskilda av handikappet betingade förhållanden vederbörligen beaktas.

Malmöhus läns landstings hälso- och sjukvårdsstyrelse åberopar *överläkarföreningens vid lasarettet i Lund* yttrande i fråga om arbetsprövningens organisation.

Överläkarföreningen anför härom:

Det väsentligt nya i CRB:s PM är att en del av den yrkesmässiga rehabiliteringen, framför allt arbetsprövningen, föreslås lyda under den medicinska rehabiliteringen. För att en arbetsprövning ej skall bli verklighetsfrämmande, måste den emellertid ske i en så realistisk miljö som möjligt, något som är mycket svårt att åstadkomma på ett sjukhus. För att få en större verklighetsprägel föreslår beredningen därför att den yrkesmässiga delen av arbetsprövningen skall ske vid närmast belägna arbetsträningsverkstad. Detta skulle få till följd en ytterst olycklig geografisk uppsplätning av arbetsprövningen på två platser. Arbetsprövningen måste för att lyckas vara en organiskt enhetlig process under läkares ledning, vilket klart framgår av arbetsmarknadsstyrelsens PM om arbetsprövning, anordnad i anslutning till träningsinstitutioner.

Beredningen framhåller att "det är av stor betydelse att för denna del (den yrkesmässiga) av arbetsprövningen finns tillgång till så differentierade verksamhetsformer, att en så allsidig bedömning som möjligt kan ske". Detta är mycket svårt att åstadkomma vid en medicinsk rehabiliteringsklinik. Arbetsprövningsavdelningen bör vara ansluten till en arbetsträningsverkstad, men för att underlätta samarbetet bör den ligga i närheten av rehabiliteringskliniken. Då kontinuiteten i rehabiliteringen är så väsentlig, bör rehabiliteringsläkarna vara knutna såväl till arbetsprövningsavdelningen som till arbetsträningsverkstaden. I den senare bör de sitta i in- och utskrivningsnämnden. För arbetsprövning av de allra mest besvärliga fallen bör i varje sjukvårdsregion inrättas en arbetsklinik jämförbar med Statens arbetsklinik. Till dessa bör knytas högkvalificerad personal, så att där kan bedrivas forskning i detta viktiga ämne.

Hallands läns landstings förvaltningsutskott:

Beredningen förordar att arbetsprövning ingår i rehabiliteringsklinikernas arbetsuppgifter, i första hand vid regionsjukhusen men i mån av behov och tillgång på erforderlig personal även vid centrallasarett. Enligt förvaltningsutskottets mening är en sådan anordning lämplig. Klart är att kapaciteten vid Statens arbetsklinik är alldeles otillräcklig. Emellertid har arbetsmarknadsstyrelsen under det senaste halvåret genom länsarbetsnämnderna sökt intressera vissa landsting — bland dem Hallands läns — för att vid befintliga arbetsträningsverkstäder igångsätta arbetsprövningsavdelningar. Mot bakgrunden av vad beredningen anför rörande kraven på den personal och övriga resurser som erfordras, synes det utskottet tveksamt om detta är en lämplig utväg att tillgodose behovet. Beredningen

har i III:5 uttalat¹⁾, att den bör prövas under en övergångstid och att vissa krav bör uppfyllas för att den skall kunna antagas fungera. Den rekommenderar också att frågorna om resurser och samarbetsformer diskuterats mellan medicinalstyrelsen, arbetsmarknadsstyrelsen och huvudmännen. Förvaltningsutskottet vill understrika betydelsen av att förbundsstyrelsen bereder sig möjlighet att aktivt taga del i dessa överläggningar.

Göteborgs och Bohus läns landstings förvaltningsutskott:

De mera svårbehandlade arbetsprövningsfallen bör även på sikt koncentreras till särskilda institutioner. I synnerhet gäller detta fall då kontrollmomentet är dominerande. Mot integration av arbetsprövningen i övrigt med landstingens rehabiliteringsverksamhet synes däremot intet vara att erinra.

Älvsborgs läns landstings sjukvårdsstyrelse:

Enligt CRB:s mening ligger en systematisk arbetsprövning helt inom ramen för den vård, som bör meddelas på rehabiliteringsklinikerna. CRB anser därför, att arbetsprövning bör ingå i uppgifterna för dessa kliniker. För den yrkestekniska prövningen bör anlitas resurser inom kliniken eller inom arbetsträningsverkstad i närheten.

Det av CRB använda begreppet "arbetsprövning" synes sjukvårdsstyrelsen oklart. Styrelsen vill påpeka, att en rehabiliteringsklinik har sin största betydelse som behandlingsavdelning, även om viss inledande arbetsprövning och arbetsträning förekommer vid kliniken arbetsterapiavdelning. Som regel bör den medicinska rehabiliteringen om möjligt vara avslutad före klientens intagande på särskild arbetsprövningsavdelning. Vid en prövningsavdelning bör därför ej bedrivas medicinsk rehabilitering. Dock förutsättes den medicinska utredningen av arbetsprövningsklientelet ske i nära samarbete med närbeläget sjukhus.

Den arbetsprövning, som skall fullgöras efter den medicinska rehabiliteringen, är enligt sjukvårdsstyrelsens uppfattning en uppgift som ankommer på arbetsvården. Sjukvårdsstyrelsen kan därför icke biträda den av CRB uttalade uppfattningen att sådana former av arbetsprövning, som t. ex. utföres vid Statens arbets-klinik, bör införlivas med verksamheten vid rehabiliteringsklinikerna. För övrigt saknar rehabiliteringsläkarna kvalifikationer för den yrkesmässiga delen av rehabiliteringen. Emellertid är sjukvårdsstyrelsen helt ense med CRB om att ett mycket intimt samarbete bör komma till stånd mellan å ena sidan den medicinska och å andra sidan den arbetsvårdande rehabiliteringen, inte minst därför att patienten bör uppleva alla de rehabiliterande åtgärderna som en enhetlig och fortgående process.

Under en övergångstid, dvs. tills rehabiliteringsorganisationen vid sjukhusen hunnit utbyggas till erforderlig kapacitet, rekommenderar CRB att vissa centralt belägna träningsinstitutioner utrustas med sådana resurser att en kvalitativt tillfredsställande arbetsprövning därvid kan komma till stånd. CRB rekommenderar vidare att frågan om de resurser, som erfordras, liksom även samarbetsformerna mellan ifrågavarande institutioner och sjukhusen bli föremål för närmare diskussion och samråd mellan arbetsmarknadsstyrelsen, medicinalstyrelsen och huvudmännen för verksamheten.

Sjukvårdsstyrelsen biträder denna mening och anser för sin del att de riktlinjer,

¹⁾ Här åsyftas CRB:s promemoria, avsnittet om utbyggnaden av rehabiliteringsorganisationen.

som uppdragits i arbetsmarknadstyrelsens PM av den 12 juli 1962 ang. avdelningar för arbetsprövning, bör kunna läggas till grund för sådan diskussion.

Örebro läns landstings förvaltningsutskott:

Arbetsprövning har av beredningen definierats som en verksamhet varmed man avser att fastställa och värdera en persons fysiska, psykiska, sociala och yrkes-tekniska funktions- och arbetsförmåga. Med denna utgångspunkt har beredningen ansett att arbetsprövningen bör inrymmas inom den medicinska rehabiliteringen.

Förvaltningsutskottet anser att man här gett begreppet arbetsprövning ett alltför omfattande innehåll. Utskottet finner det riktigare, att man förbehåller denna benämning för en verksamhet syftande till att utröna patientens förutsättningar inom olika arbets- och yrkesområden. Med en sådan begränsning av begreppet arbetsprövning anser förvaltningsutskottet, att arbetsprövningen icke bör inrymmas inom den medicinska rehabiliteringen utan samordnas med arbetsträningen inom arbetsvården. Däremot är det uppenbart att i den medicinska rehabiliteringen skall ingå funktionsprövning avseende den enskilda personens såväl fysiska, psykiska som sociala status. När det däremot gäller den egentliga arbetsprövningen finner utskottet det synnerligen angeläget att den sker under förhållanden och i miljö som så långt möjligt ansluter sig till det normala arbetslivet. Man behöver i denna prövning ha tillgång till yrkesmän inom olika områden, verktyg, arbetsmaskiner etc. i en omfattning, som det icke kan vara försvarligt att utrusta de medicinska rehabiliteringscentralerna med. Den medicinska rehabiliteringen bör sålunda innefatta en systematisk träning och prövning av fysiska och psykiska funktioner.

Vid ett stort antal av landets arbetsträningsinstitut förekommer redan en systematisk arbetsprövning i begränsad omfattning. För en utveckling av arbetsprövningsverksamheten vid arbetsträningsinstituten krävs att dessa förses med ytterligare resurser i form av personal, maskiner etc. Beredningen har ansett att det är nödvändigt att arbetsprövningen sker under medicinsk kontroll. Utskottet delar helt denna uppfattning men anser att även arbetsträningen erfordrar kontinuerlig läkartillsyn. Det är alltså erforderligt att till arbetsträningsinstituten knyta för dessa uppgifter utbildade och intresserade läkare. Vid arbetsträningsinstitutet i Örebro har man kommit till det resultatet att parallellt med arbetsprövningen och arbetsträningen erfordras en konditionsträning. Det innebär att till arbetsträningsinstituten bör knytas speciell personal för denna uppgift.

Representanter för förvaltningsutskottet har haft tillfälle att studera verksamheten vid Statens attföringsinstitut i Oslo. Vid detta bedrivs en kvalificerad arbetsprövning och arbetsträning i kombination med en hård funktions- och konditionsträning. Enligt utskottets mening bör denna organisation kunna stå som mönster för en fortsatt utbyggnad i vårt land av arbetsprövningen och arbetsträningen. Man bör kunna räkna med att få verklighetstrognare och bättre resultat av arbetsprövningen vid denna organisationsform än om den inordnas inom den medicinska rehabiliteringen. På denna punkt har således förvaltningsutskottet en annan uppfattning än beredningen.

Institutionen för arbetsprövning och arbetsträning bör vara placerad på samma ort som rehabiliteringscentralen. Däremot synes det icke vara erforderligt att den placeras inom sjukhusområdet. Institutionen bör normalt ha tillgång till ett internat, helst beläget i så nära anslutning som möjligt till denna. Det är i hög grad angeläget att arbetsprövnings- och arbetsträningsklienterna gives betydligt större frihet under sin fritid än vad som kan förenas med sjukhusrutinen. Det är skäl som talar för att dessa anläggningar icke bör ligga inom sjukhusområdet. De större arbets-

prövnings- och arbetsträningsinstitutionerna har utan tvekan behov av egna läkare med speciell inriktning på de problem som är förenade med arbetsprövning och arbetsträning. Ett nära samarbete måste ske mellan arbetsvårdens och sjukvårdens läkare och övriga personalgrupper.

Västmanlands län landstings förvaltningsutskott (yttrandet utarbetat av landstingets rehabiliteringskommitté):

Således kan kommittén icke ansluta sig till förslaget att förlägga arbetsprövningen till rehabiliteringsklinikerna även om en funktionell prövning i fysiskt och psykiskt hänseende ingår som ett naturligt led i dessa klinikers verksamhet. Den kvalificerade arbetstekniska prövningen, sådan den utformats vid Statens arbets-klinik, bör istället förläggas till arbetsträningsinstitutet, vars läkare skall beredas möjlighet att samarbeta med rehabiliteringsklinikerna och utnyttja deras resurser. Det är önskvärt att den medicinska rehabiliteringen är avslutad före intagning vid arbetsträningsinstitutet för arbetsprövning.

Landstingets sjukhusdirektion i Västerås finner frågan om arbetsprövningens placering i rehabiliteringsorganisationen böra bli föremål för närmare utredning och precisering.

Ur betänkandet synes nämligen icke entydigt kunna utläsas, huru arbetsprövningen skall inordnas i rehabiliteringsverksamheten framför allt vid centrallasa-retten. Det torde vara av största betydelse för den utomordentligt viktiga samordningen mellan rehabiliteringsklinikens verksamhet och den arbetsvårdande verksamheten, att den nämnda frågan blir klart preciserad.

Arbetsvårdsnämnden i Västerås:

Beredningen föreslår, att arbetsprövningen överföres från den yrkesmässiga till den medicinska rehabiliteringen och alltså inom landstingsområdena överföres från landstingens arbetsvårdsnämnder eller styrelser till sjukhusdirektionerna. I en skrivelse av den 26 januari 1963 har arbetsmarknadsstyrelsen i samarbete med statens arbets-klinik utfärdat anvisningar angående arbetsprövning vid arbetsträningsinstitutioner. Ur skrivelsen anföres följande:

”För bedömning av de arbetsvårdande åtgärder, som i det enskilda fallet kan vara mest adekvata, är en rätt utförd arbetsprövning ett viktigt hjälpmedel. Arbetsprövningen syftar till att genom medicinsk, psykologisk och social utredning och praktiska arbetsprov under yrkesmässiga former kartlägga den handikappades intresse och anlagsriktning, fysiska och psykiska arbetskapacitet, arbetsvilja och förmåga till samarbete med arbetsledning och arbetskamrater.”

”Den medicinska rehabiliteringen bör om möjligt vara avslutad före klientens intagande för arbetsprövning. Vid en prövningsavdelning skall därför ej bedrivas medicinsk rehabilitering, såvida det ej av praktiska skäl kan anses motiverat att utföra en viss funktionsträning. Den medicinska utredningen förutsättes ske i nära samarbete med ett närbeläget sjukhus.”

”Prövningsavdelningen är en institution där yrkesmässig rehabilitering bedrivs under medicinsk tillsyn. Denna rehabilitering kan göras effektivare — sett även från de sjukvårdande institutionernas synpunkt — om prövningsavdelningen (arbetsträningsinstitutet) får en geografiskt nära belägenhet till ett väl utbyggt

centrallasarett. Den yrkesmässiga och medicinska rehabiliteringen kan därigenom i många fall etablera ett effektivt samarbete på ett tidigare stadium än eljest har kunnat ske. I de fall där å andra sidan den yrkesmässiga rehabiliteringen under kortare eller längre tid måste avbrytas för sjukhusvård är den nära belägenheten till sjukhuset med möjligheten till direkta och snabba kommunikationer till stor fördel för en rationell samordning av de olika åtgärderna.”

Arbetsvårdsnämnden, som ansluter sig till statens arbetskliniks och arbetsmarknadsstyrelsens ovan anförda synpunkter på arbetsprövningen, anser att arbetsprövningen ingår i de mot yrkesmässig verksamhet syftande rehabiliteringsåtgärderna och så intimt hör samman med den yrkesmässiga rehabiliteringen att den icke kan lösgöras från denna, varför nämnden bestämt avstyrker att arbetsprövningen överföres till den medicinska rehabiliteringen.

Kopparbergs läns landstings förvaltningsutskott:

I framtiden torde komma att ställas stora krav på rehabilitering och arbetsprövning, och organisationen torde komma att ställas inför stora svårigheter med hänsyn till de krav som är att förvänta från sjukförsäkringen för prövning av exempelvis pensionsfallen. I anslutning till befintlig arbetsträningsverkstad undersökes för närvarande för vårt län möjligheten att dit förlägga en särskild arbetsprövningsavdelning, och med all säkerhet torde avdelningen komma att inrättas, om de personella resurserna härför kan anskaffas.

Enligt beredningen bör rehabilitering och arbetsprövning ske i anslutning till regionsjukhus och centrallasarett. Varje centrallasarett bör sålunda erhålla rehabiliteringsklinik. Den till Falu lasarett planerade kliniken ligger alltså helt i linje med beredningens önskemål.

Den rekommendation som arbetsmarknadsstyrelsen och medicinalstyrelsen lämnade år 1956 att icke förlägga arbetsträningsverkstäder i närheten av sjukhus bör enligt beredningens uppfattning upphävas. Förvaltningsutskottet kan icke helt dela beredningens uppfattning härutinnan. Erfarenheterna inom vårt län ger nämligen närmast vid handen, att arbetsträningsverkstadens placering i Borlänge, cirka två mil från centrallasarettet, icke hindrat ett mycket gott arbete. Om till denna verkstad förlägges en särskild arbetsprövningsavdelning, är utskottet övertygat om att med tillräckliga personella resurser kommer även denna avdelning att lyckas med sin verksamhet. Utskottet förmenar nämligen att all verksamhet, som hör samman med rehabilitering och arbetsprövning, står och faller med de personella resurserna. Dessa är för närvarande helt otillräckliga för att bygga upp arbetsprövningsavdelningar vid regionsjukhus och centrallasarett eller i anslutning till befintliga arbetsträningsverkstäder, och detta har även beredningen framhållit. Det är därför nödvändigt att ytterligare medicinsk och annan expertis kan anskaffas, om arbetsprövningsavdelningarna skall kunna bli till avsedd nytta. För sin del är utskottet positivt inställt till försöket med särskilda arbetsprövningsavdelningar, men utskottet är medvetet om de svårigheter som möter — i varje fall på länsplanet — att kunna skaffa erforderlig kvalificerad personal.

Gävleborgs läns landstings förvaltningsutskott:

Beredningen framhåller betydelsen av att arbetsprövning, arbetsträning och skyddad verksamhet står under betryggande medicinsk kontroll. Denna synpunkt delar förvaltningsutskottet till fullo. För att rehabiliteringen skall bli så effektiv

som möjligt är det även angeläget, att den medicinska rehabiliteringen och arbetsvården står i nära kontakt med varandra.

Beredningen har angivit vissa riktlinjer för de olika leden i arbetsprövningen. Förvaltningsutskottet kan i stort sett ansluta sig till beredningens synpunkter i detta avseende men är för sin del bekymrad för att en dubbelorganisation skall uppkomma, som konkurrerar med länsarbetsnämnden.

Västernorrlands läns landstings förvaltningsutskott:

Vad beträffar den kvalificerade arbetsprövning, som för närvarande endast finnes vid statens arbetslinik, men som enligt CRB:s mening bör finnas jämväl vid centrallasaretten och under alla förhållanden vid regionsjukhusen, har CRB föreslagit att dessa institutioner bör ingå i sjukhusorganisationen.

Förvaltningsutskottet får i denna fråga uttala följande synpunkter.

Enligt samstämmiga uppgifter från såväl medicinskt som arbetsvårdande håll innebär arbetet vid en arbetsprövningsinstitution, av den kvalificerade art det här är fråga om, i utpräglad grad ett lagarbete mellan läkare, psykolog, kurator, sjukgymnast, arbetsvårdare m. fl. Detta lagarbete krävs oavsett om denna kvalificerade arbetsprövning administrativt ligger inom en institution, som har medicinalstyrelsen som inspektionsmyndighet, eller om inspektionsmyndigheten utövas av arbetsmarknadsstyrelsen.

Ur huvudmannasynpunkt måste detta spörsmål betraktas såsom en rent praktisk fråga. Landstingen och de landstingsfria städerna får under alla förhållanden svara för verksamheten.

Skulle mot förmodan lagarbetet komma att präglas av skiftande uppfattningar mellan företrädare för de medicinska synpunkterna och företrädare för de arbetsvårdande synpunkterna bör det ankomma på en huvudmannarepresentant att fälla avgörandet i sådana fall.

Då denna kvalificerade arbetsprövning i mycket hög grad är baserad på medicinska bedömanden — i varje fall innan prövningen går alltför långt in i de rent yrkestekniska prövningsmomenten — synes erinringar mot den föreslagna anslutningen av denna kvalificerade arbetsprövning till rehabiliteringsklinikerna icke föreligga.

Jämtlands läns landstings förvaltningsutskott delar CRB:s uppfattning att den nu fristående statens arbetslinik bör anslutas till rehabiliteringsorganisationen vid karolinska sjukhuset. Arbetsprövning bör bedrivas även vid andra rehabiliteringsklinikerna, i första hand vid regionsjukhusen.

Norrbottens läns landstings förvaltningsutskott:

Även enligt förvaltningsutskottets mening ligger en systematisk, med medicinsk vård och andra åtgärder för förbättring av funktions- och arbetsförmågan förenad arbetsprövning helt inom ramen för den vård, som bör meddelas på rehabiliteringsklinikerna, varför arbetsprövning bör ingå i uppgifterna för dessa kliniker samt särskilda arbetskliniker utanför sjukhusorganisationen inte bör finnas. Däremot är förvaltningsutskottet inte helt övertygat om att arbetsprövningen regelmässigt förutsätter tillgång till alla ett centrallasarets medicinska resurser, utan utskottet har den uppfattningen, att även ett väl utbyggt och differentierat annat lasarett bör kunna utgöra en godtagbar medicinsk grundval för en sådan verksamhet; utskottet är sålunda för en planerad ny prövnings- och träningsinstitution närmast inställt

på Luleå, där lasarettet får bl. a. psykiater samt förutsättningarna i övrigt måste anses gynnsamma, även med tanke på närheten till centrallasarettet i Boden.

Svenska stadsförbundets sjukvårdsdelegation:

Med hänsyn till att frågan om arbetsprovningens placering inom rehabiliteringsorganisationen är i viss mån av kontroversiell natur och med åberopande av vad härom anförts av sjukvårdsstyrelserna i Stockholm och Göteborg får delegationen förordna, att frågan upptages till ytterligare överväganden i samråd med berörda parter.

Stockholms stads sjukvårdsstyrelse:

En för samordningen väsentlig fråga, som beredningen särskilt diskuterar, är arbetsprovningens placering inom rehabiliteringsorganisationen. Beredningens förslag — omsatt på Stockholmsförhållanden — har sjukvårdsförvaltningen ansett innebära att den fysiska och psykiska arbetsprovningen skall ske inom sjukvårdens ram, under det att för den yrkestekniska delen av arbetsprovningen bör utnyttjas arbetsvårdens resurser. Vid de överläggningar rörande dessa spörsmål, som pågår mellan berörda myndigheter i Stockholms stad bl. a. i vad gäller utnyttjandet av rehabiliteringsavdelningen vid Södersjukhuset, där verksamheten ännu icke kommit i gång i full utsträckning, har motsvarande uppfattning gjort sig gällande. Sjukvårdsförvaltningen förordar att hithörande gränsdragningsproblem tas upp till ytterligare övervägande och göres till föremål för närmare diskussion och samråd mellan berörda parter.

Stockholms stads socialnämnd konstaterar beträffande läget i dag att huvudparten av de klienter som återfinns inom arbetsvården icke har kommit dit via sjukhusen. Deras behov av rehabilitering har oftast uppmärksammats av arbetsmarknadsmyndigheterna eller av socialvården. Det finns därför anledning att inom arbetsvården inrätta arbetsprovningens avdelningar med tillgång till medicinsk, social, psykologisk samt yrkes- och arbetsmarknadsmässig expertis.

Nämnden framhåller vidare att

eftersom det för överskådlig framtid synes vara så, att sjukhusen kommer att ha otillräckliga resurser för att klara rehabiliteringsverksamheten bland de akutsjuka och behovet av en ordentlig arbetsprovning samtidigt växer inom arbetsvården, synes det riktigtast att bygga ut resurserna såväl inom sjukvården som inom arbetsvården och skjuta frågan om gränsdragningsproblemen i samband med arbetsprovningmomentet på framtiden. Under tiden bör varje region få möjligheter att utforma det nödvändiga samarbetet mellan sjukvård och arbetsvård efter behov, resurser och praktiska erfarenheter.

Arbetsvårdschefen i Stockholms stad anser att

det viktiga avsnittet rörande arbetsprovning har fått en vag och teoretiserande behandling. Det nätverk av konsultationer och samråd som beredningen skisserar borde kunna avsevärt förenklas om arbetsprovningen försiggår i anslutning till arbetsvårdsinstitutioner med tillgång till medicinsk, social, psykologisk och yrkesmässig sakkunskap.

I avsnittet framträder på nytt beredningens benägenhet att se rehabiliteringen utslutande ur akutsjukvårdens synvinkel. Man talar sålunda om att den sociala

utredningen i samband med arbetsprövningen "inledes av sjukhuskuratorn"; det framhålls att "under nu rådande förhållanden, då klienterna i stor utsträckning får sin första kontakt med rehabilitering genom arbetsvården" blir det ofta arbetsvårdstjänstemännen, som har att verkställa den primära sociala utredningen. Denna anordning måste emellertid komma att bestå även framdeles, för såvitt man överhuvudtaget vill betrakta den partiellt arbetsföre som ett potentiellt arbetsmarknadsobjekt.

Nämnas må att den kommunala arbetsvårdsorganisationen i Stockholm under året kommer att få en arbetsprövningsenhet, där medicinsk, social, psykologisk samt yrkes- och arbetsmarknadsmässig expertis samverkar. Det är möjligt att denna institution icke kommer att bedriva sådan arbetsprövning som helt täcker vad beredningen åsyftar med termen.

Det grundläggande inslaget kommer att bli praktisk prövning i en så långt möjligt realistisk arbetsmiljö. Antalet prövningsplatser beräknas till 25. Lokalt och administrativt samordnad med denna inrättas en enhet för arbetsträning. Fördelen med dessa anordningar synes vara att man får möjlighet att pröva klienten i reella arbetsförhållanden i nära anslutning till den efterföljande likaledes realitetsbetonade träningen.

Göteborgs sjukvårdsstyrelse har, som angivits i kapitel 8 Vissa samordningsfrågor, bestämt hävdad, att såväl den medicinska som den arbetsvårdsmässiga rehabiliteringen bör sortera under sjukvårdsmyndigheterna.

Av de vid sjukvårdsstyrelsens yttrande fogade handlingarna framgår vidare att den 1960 av Göteborgs stadsfullmäktige tillsatta rehabiliteringsberedningen 1961 framlagt förslag om inrättande av en särskild arbetsvårdsnämnd med uppgift att bl. a. projektera och uppdraga riktlinjer för ett arbetsvårdsinstitut för arbetsprövnings- och arbetsträningsverksamhet. Av de översända handlingarna framgår vidare att sjukvårdsdirektören i Göteborg i PM med yttrande över nämnda berednings betänkande om rehabiliteringsverksamheten i staden bl. a. anfört följande.

De riktlinjer, som åsyftas, kan i korthet anges sålunda, att arbetsvårdande åtgärder icke längre bör ombesörjas av flera stadens myndigheter såsom arbetsberedningen, socialnämnden, nykterhetsnämnden och barnavårdsnämnden utan skötas av en särskild styrelse, som bör organisera arbetsprövnings- och arbetsträningsverksamhet, skyddad sysselsättning och hemarbete.

Problemen för svårare handikappade personer såsom MS-sjuka, CP-sjuka m. fl. kommer beredningen att behandla i ett senare betänkande.

Yttrande i ärendet har inhämtats av extra överläkaren Åke Stenram vid Sahlgrenska sjukhusets avdelning för fysikalisk terapi och rehabilitering, som nyligen börjat arbetet med att organisera nämnda avdelning efter av sjukvårdsstyrelsen föreslagna riktlinjer. I doktor Stenrams yttrande, som bifogas i avskrift, understrykes vikten av, att en arbetsprövnings- och arbetsträningsinstitution förlägges i nära anslutning till ett större sjukhus med rehabiliteringsavdelning och att hjälpbehövande icke skall behöva uppsöka flera olika sociala institutioner. Endast skyddade verkstäder kan och bör vara fördelade på olika håll i staden.

Sjukvårdsdirektören återger här även dr Stenrams uttalande om

det olyckliga i att endast den arbetsvårdande sidan av rehabiliteringen berörts, då detta befrämjar uppdelningen i en medicinsk och en social sida av rehabiliteringen, vilken måste vara en fortlöpande process, där delarna bör så väl som möjligt fungera som en enhet.

I fortsättningen anser sjukvårdsdirektören följande synpunkter böra anföras av sjukvårdsstyrelsen med anledning av den av Göteborgs stadsfullmäktige tillsatta rehabiliteringsberedningens förslag:

Den viktigaste frågan är gränsdragningen mellan och samordningen av medicinsk rehabilitering och arbetsmarknadsbetonad rehabilitering, dvs. arbetsvård. Ingen utredning från sjukvårdsstyrelsens sida har varit för beredningen tillgänglig rörande den medicinska rehabiliteringen, varför beredningen blott ägnat uppmärksamheten åt den arbetsmarknadsbetonade rehabiliteringen. Man kunde då väntat sig, att beredningen icke räknat med någon medicinsk rehabilitering inom det föreslagna arbetsvårdsinstitutet, men beredningen har föreslagit medicinsk rehabilitering därinom.

För denna verksamhet skulle bl. a. finnas tillgång till heltidsanställda läkare. Sjukvårdsdirektören anför härom:

Diagnosverksamhet och terapi under läkares ledning är uppenbart medicinsk rehabilitering. Konsekvensen blir, att medicinsk rehabilitering i viss omfattning eller till visst stadium skulle bedrivas på sjukhus och i sjukvårdsstyrelsens regi och att medicinsk rehabilitering samtidigt bedrivs inom ett av en arbetsvårdsnämnd administrerat arbetsvårdsinstitut, vilket medför dubblering av resurser av olika slag. Samtidigt understryker emellertid beredningen betydelsen av ett samarbete mellan sjukhusen och arbetsvårdsinstitutionen och i andra sammanhang uttalas, att den väsentliga delen av den rent medicinska rehabiliteringen anslutes till särskilda avdelningar på sjukhus och att till sjukhus ansluten medicinsk rehabilitering bör ingå som en viktig del i rehabiliteringsverksamheten.

I fråga om gränsdragning och övergång beträffande medicinsk rehabilitering och arbetsvård kan konstateras, att man hittills räknat med att rehabiliteringen skall administrativt sortera under åtminstone två organ, nämligen sjukvårdsmyndighet och arbetsvårdsmyndighet samt att ett samarbete måste ske mellan sjukhus och arbetsvårdsinstitution, när en patient övergår från det ena stadiet till det andra.

Medicinalstyrelsens år 1954 lämnade anvisningar om rehabiliteringsverksamhet på sjukhus och erfarenheter, som gjorts härstädes och på andra håll, exempelvis i Borås, ger vid handen att den medicinska rehabiliteringen bör ske på sjukhus och framföras, tills patienten är mogen att övergå till arbetsvården, därest han icke kan direkt återgå till arbete eller hem eller befunnits icke behandlingsbar och sålunda blir ett vårdfall i fortsättningen. Detta innebär, att sjukhusen måste få tillräckliga resurser att bedriva rehabiliteringen till nämnda stadium. Härför erfordras anordningar för fysikalisk terapi och sjukgymnastik samt för funktionell arbetsterapi och rörelseträning, fysiologiska funktions- och belastningsprov m. m. Det erfordras poliklinikmottagning samt en sluten vårdavdelning för vissa rehabiliteringsfall. Patienten blir diagnostiserad på sjukhuset och får behövlig terapi där, varför anordningar härför icke borde behövas på ett arbetsvårdsinstitut. Det händer säkerligen, att flera patienter under övergången behandlats både på sjukhus med medi-

cinsk rehabilitering och på arbetsvårdsinstitut med arbetsträning etc. och därvid erfordras ett samarbete. Att arbetsvårdsinstitutet har tillgång till läkare för kontroll och tillsyn vid arbetsträningen är dock nödvändigt.

En annan uppläggning får ske, när medicinsk rehabilitering ej finns vid sjukhus eller finns i ringa omfattning eller blott kan bedrivas i ett första stadium. Då blir det nödvändigt att skapa ett institut, som kan dels genom läkare diagnostisera och lämna fysikalisk behandling och dels ge arbetsträning och vidtagna andra direkt arbetsvårdande åtgärder. Så har man löst frågan i Oslo och i Odense. Beredningen är till synes inne på denna linje även för Göteborgs stad, när det sägs att arbetsvårdsinstitutet skall innehålla avdelningar för diagnos och terapi under läkares ledning.

Om man alltjämt vidhåller uppdelningen administrativt i en medicinsk och en arbetsvårdande sida av rehabilitering, måste det vara riktigt och motiverat, att den medicinska rehabiliteringen lämnas på sjukhus och framföres, tills patienten är mogen att återgå till arbete eller hem eller att övergå till ett institut med resurser för den arbetsvårdande sidan, vilket institut väl behöver läkare för kontroll och tillsyn i samband med arbetsträning o. dyl. men icke bör förses med lokaler, utrustning och personal för medicinsk diagnostik och terapi.

Man kan emellertid med tanke på bl. a. de samordningssvårigheter, som uppstår vid rehabilitering av en sjuk eller skadad person, diskutera en annan organisatorisk lösning. Det är otvivelaktigt på det sättet att rehabilitering börjar i samband med behandling på sjukhus och att den medicinska rehabiliteringen är den grundläggande behandlingen, som bör ske på ett sjukhus med dess resurser. Medicinsk vård och arbetsvård måste gå hand i hand hela vägen igenom, och arbetsvården bildar en fortsättning på den medicinska vården. Rehabiliteringen måste ses som en enhetlig process, som ej bör splittras genom en administrativ klyvning på medicinska och arbetsvårdande åtgärder. Det kan framför allt ej vara lyckligt, att klienten på sjukhuset får en begränsad och ofullbordad medicinsk rehabilitering och att denna sedan fullföljes av andra läkare vid ett från sjukhuset administrativt skilt institut. Även när arbetsvårdande åtgärder i slutfasen dominerar, behövs läkares bistånd, och det är bäst om samma läkarteam då biträder. För medicinsk rehabilitering erfordras därjämte åtskilliga kostsamma resurser såsom ovan antytts. Dessa resurser behövs i stor utsträckning under alla förhållanden på sjukhuset. Delas rehabiliteringsvården upp på sjukhus och ett särskilt institut för arbetsvård med viss medicinsk vård, blir dubbleringar ofrånkomliga och förutsättningarna för en enhetlig behandling av klienten minskas. Det måste vara enklare och mer rationellt att förse sjukhuset med lokaler och personal för sådan arbetsprövning och arbetsträning, som successivt förberetts under sjukdomsbehandlingen och som vidtager som en slutfas i rehabiliteringen. Ej på sjukhus vårdade bör remitteras till sjukhus för behövlig undersökning och behandling. En och samme chefsläkare med socialmedicinsk utbildning kan då ansvara för hela verksamheten med hjälp av biträdande läkare i erforderlig utsträckning och med bistånd för det arbetsvårdande avsnittet av härför utbildad och erfaren personal, vari inbegripes även administrativt lokal ledning.

Detta resonemang leder till att såväl den medicinska som den arbetsvårdsmässiga rehabiliteringen bör sortera under sjukvårdsmyndigheten. Det är en praktisk fråga, om man i en byggnad på sjukhuset inrymmer både lokaler för arbetsvård och resurser för medicinsk vård och låter sjukhuset begagna sig av de medicinska resurserna för övriga patienter, eller om man ger sjukhuset nödiga medicinska resurser på sedvanligt sätt och inrymmer arbetsvårdsverksamheten i en särskild

byggnad på området. Huvudsaken är, att båda slagen av resurser finns på sjukhuset och står under gemensam ledning.

Om en person efter alla försök till rehabilitering icke kan återgå till produktivt arbete utan förblir partiellt arbetsför och som sådan behöver sysselsättas i skyddad verksamhet, är han icke längre ett rehabiliteringsfall utan ett försörjningsfall. Härav följer, att skyddade verkstäder o. dyl. bör bedrivas av socialvårdsmyndighet och icke av sjukvårdsmyndighet. De invalidiserade personer, som redan på ett tidigt stadium befinnes ej kunna medicinskt rehabiliteras och än mindre arbetsvårdsmässigt, blir kroniska fall, som genom sjukvårdsstyrelsens försorg bör få vård på sjukhem eller i sitt hem. Det må framhållas, att en fullföljd medicinsk rehabilitering i många fall resulterar i att patienten direkt kan gå tillbaka till arbetslivet eller till sitt hem utan att behöva arbetsvårdsbetonad rehabilitering. Ju mer den medicinska rehabiliteringen kan göra, ju färre fall återstår för arbetsvårdsåtgärder. Denna slutsats kan man vara berättigad att draga av den verksamhet, som hittills bedrivits på området.

Självklart skall arbetsförmedlingsinstitutionen anlitas för hjälp att placera det rehabiliterade klientelet på arbetsmarknaden liksom socialvården bör inträda vid behov av ekonomiskt stöd som exempelvis näringshjälp.

Sjukkassan har behov av att till arbetsvårdsåtgärder hänvisa vissa sjukkassefall. I fråga om invalidpensionering inom folkpensioneringen och förtidspension enligt lagen om allmän tilläggspension är av betydelse, att utredning sker om möjligheten till rehabilitering. Mestadels behövs för nyssnämnda klientel en medicinsk undersökning och medicinsk rehabiliteringsvård, som kräver sjukhusets resurser. Blir medicinsk vård och arbetsvård i rehabiliterande syfte en sjukhusens uppgift, skapas goda resurser för att tillmötesgå sjukkassans och pensionsmyndighetens berörda önskemål.

Kansliet anser att övervägande skäl talar för att medicinsk och arbetsvårdsmässig rehabilitering ombesörjes vid sjukhus under enhetlig ledning och att sjukhusen erhåller resurser för sådan verksamhet, medan verkstäder för skyddad verksamhet o. dyl. bör drivas av socialvårdsorgan. Härvid blir den av beredningen förordade arbetsvårdsnämnden obehövlig.

I sitt yttrande till stadskollegiet över Göteborgsberedningens betänkande åberopade sjukvårdsstyrelsen innehållet i ovan återgivna promemoria och framhöll därjämte följande.

Med nu föreliggande utredningar i ärendet som grund har det synts styrelsen svårt att definitivt taga ställning i frågan om huvudmannaskapet för rehabiliteringsverksamheten. Den medicinska rehabiliteringen bör självfallet sortera under sjukvårdsstyrelsen. När det gäller den rehabilitering som är att hänföra till arbetsvård, förefaller det, såvitt nu kan bedömas, som om övervägande skäl talar för att även denna omhänderhas av sjukvårdsstyrelsen. I vart fall bör enligt styrelsens mening något särskilt organ ej nu tillsättas för ledning av arbetsvården. Skulle det i framtiden bedömas motiverat med någon ändring i huvudmannaskapet för rehabiliteringen, bör frågan kunna upptagas till prövning på nytt.

Styrelsen för Svenska landskommunernas förbund:

I fråga om arbetsprövningens infogande i den allmänna rehabiliteringsorganisationen har beredningen uttalat att särskilda arbetskliniker utanför sjukhusorgani-

sationen inte bör finnas och att arbetsprövningen bör bedrivas i första hand vid regionsjukhusen. Styrelsen ifrågasätter om inte en sådan gränsdragning är alltför hård. Hinder synes ej böra föreligga mot att arbetsprövning får bedrivas även vid landstingens arbetsträningsverkstäder, om härför erforderliga resurser ställes till förfogande. I detta sammanhang kan erinras om den PM om arbetsprövning anordnad i anslutning till träningsinstitutioner, som Statens arbetsklirik i Stockholm nyligen utarbetat på kungl. arbetsmarknadsstyrelsens uppdrag.

LO, som anser att man bör renodla den medicinska och den yrkesinriktade rehabiliteringen såsom två moment, anför om arbetsprövningen följande.

Arbetsprövning bör avse att kartlägga den handikappades intresse- och anlagsinriktning, arbetsvilja och förmåga till samarbete med arbetsledning och arbetskamrater. Genom arbetsträningen skall den handikappades arbetsförmåga såvitt möjligt uppövas och anpassas till de krav som ställs på arbetskraften i öppna marknaden. I samband med behandlingen skall den handikappade erhålla yrkesvägledning.

Vad som här anförts leder LO till slutsatsen, att beredningsförslaget om att arbetsprövningen införlivas med verksamheten vid rehabiliteringsklinikerna och att Statens arbetsklirik i Stockholm skall läggas under samma huvudmannaskap som Karolinska sjukhuset icke bör genomföras. Inte heller synes det nödvändigt att träningsverkstäderna förläggas i anslutning till sjukhus med rehabiliteringsklinik. Lokaliseringen av verkstäderna kan ske från andra utgångspunkter, t. ex. möjligheterna att skaffa lämplig produktion.

Statens arbetsklirik har hittills varit den enda institution i landet vid vilken kvalificerad arbetsprövning utförts. LO finner det angeläget att nya institutioner upprättas så att behovet kan täckas bättre än som nu sker. Man synes därvid böra pröva möjligheterna att anordna arbetsprövning i anslutning till träningsverkstäderna.

LO:s ovan uttalade synpunkt, att den yrkesinriktade rehabiliteringen i första hand är en arbetsmarknadspolitisk fråga, bör föranleda att arbetsmarknadsmyndigheterna får ansvaret för verksamheten. Det är också önskvärt, att arbetsmarknadsparterna kan engageras och få inflytande över verksamhetens utformning.

TCO

tillstyrker det föreslagna förfarandet i fråga om arbetsprövning. Organisationen anser det också lämpligt att låta frågan om de resurser som erfordras, liksom även samarbetsformerna mellan ifrågavarande institutioner och sjukhusen, bli föremål för närmare diskussion och samråd mellan arbetsmarknadsstyrelsen, medicinalstyrelsen och huvudmännen för verksamheten.

Sveriges läkarförbund:

Huvudfrågan för beredningen tycks ha varit att diskutera var "arbetsprövningen" skall placeras i rehabiliteringsorganisationen. Beredningen använder begreppet arbetsprövning i olika mening men torde här avse en verksamhet motsvarande den som bedrives vid Statens arbetsklirik och som avser "att fastställa och värdera en persons fysiska, psykiska, sociala och yrkestekniska funktions- och arbetsförmåga". Beredningen anser att denna verksamhet bör förläggas till de medicinska rehabiliteringsklinikerna vid i första hand regionsjukhusen.

Det torde utan vidare kunna fastslås att verksamhet av den art som bedrivs vid Statens arbetsklirik visat sig värdefull och att behov av en regional uppbyggnad av en motsvarande verksamhet föreligger. Läkarförbundet anser dock att det knappast vore lämpligt att göra "arbetskliniker" till en del av rehabiliteringskliniker, närmast av två skäl. För det första är det inte vara möjligt att hos en och samma person förena de krav som måste ställas på chefen för en medicinsk rehabiliteringsavdelning respektive arbetsklirik. Överläkaren för regionsjukhusets rehabiliteringsavdelning skall vara verksam såväl för det egna området klientel som för de fall från andra rehabiliteringsavdelningar inom regionen, som remitterats för närmare klinisk utredning och terapi med hjälp av regionsjukhusets större resurser och för den fysiska och psykiska kapacitetsvärdering som där kan ske. Till den kompetens och omfattande verksamhet som krävs för dessa uppgifter torde knappast ytterligare kunna läggas den, som den medicinska ledningen av en arbetsklirik måste kräva.

För det andra bör "arbetskliniken" ha nära relationer till arbetsförmedling och arbetsvård och bör också ha ett synnerligen intimt samarbete med näringslivet. Det är följaktligen nödvändigt att representera för arbetsmarknadsorganen beredes tillfälle att delta i arbetskliniken verksamhet. Detta låter sig svårigen göras om "arbetskliniken" blir en del av den medicinska rehabiliteringsavdelningen.

Det är mycket väsentligt att "arbetskliniken", ställd under medicinsk ledning, organiseras så att bästa förutsättningar skapas för ett intimt samarbete både med den medicinska arbetsvårdsbedömning som utförs vid rehabiliteringskliniken och den observations- och träningsverksamhet som äger rum ute på arbetsträningsverkstäderna. I detta syfte kan på centralisaretsnivå, där så hög kompetens för undervisning och forskning ej erfordras, rehabiliteringsöverläkartjänsten förenas med läkartjänsten vid arbetsvårdsinstitutioner, såsom arbetsträningsverkstäder eller skyddade verkstäder. Detta torde t. o. m. vara önskvärt ur praktiska synpunkter. Av särskild vikt att uppmärksamma är också behovet av smidiga kontakter mellan rehabiliteringsinstitutioner av olika slag och industriläkarna.

I yttrande från *sektionen för ortopedi inom Svenska läkaresällskapet* framhålls att

en väsentlig del av rehabiliteringen skall fortgå på de olika klinikerna i anslutning till den sjukvårdande verksamhet, som bedrivs där. Först när ett rehabiliteringsfall blir av mera komplicerad natur, dvs. när det kräver arbetsträning av mera avancerat slag eller arbetsprövning, bör rehabiliteringskliniken inkopplas.

Sektionen för psykiatri:

Det förhållandet, att det är hela människan och icke det enskilda sjukdomssymtomet som skall rehabiliteras är givetvis inte detsamma som att alla rehabiliteringsfall erbjuder likartade problem, vilket förslaget i viss mån ger intryck av att beredningen anser. Denna generaliseringstendens och brist på klara definitioner, på vilka praktiska åtgärder kan grundas, tar sig även uttryck i behandlingen av begreppet *arbetsprövning*. Liksom reservanterna i expertpanelen finner vi det oklart huruvida beredningen med arbetsprövning avser "vanligt" prognosställande med avseende på arbetsförmåga, som i allmänhet göres på sjukhus och som grundar sig på kliniska undersökningar och resultat av behandling, eller den *kvalificerade* arbetsprövning som sker vid Statens arbetsklirik. Om den förra typen avses så innebär detta ingen ny tankegång, då sådan arbetsprövning ju redan mestadels förekommer. Avses däremot den senare typen, vill vi uttala tvivelsmål om lämp-

ligheten att ha den som norm vid planerandet av arbetsprövningsförfarandet vid de allmänna rehabiliteringsklinikerna. Vid Statens arbetsklirik arbetsprövas nämligen ett speciellt klientel med mycket komplicerade arbetsproblem, och som till övervägande delen ej remitterats från sjukvården utan från arbetsvården.

Med hänvisning till ovan angivna definitionsproblem kommer vi att i fortsättningen reservera uttrycket arbetsprövning för den kvalificerade prövningen ad modum Statens arbetsklirik. För övrig arbetsprövning föreslå vi uttrycket *arbetsprognostisering*. Man får av förslaget intrycket att alla dessa former av rehabiliteringsverksamhet, inklusive arbetsprövningen skall förekomma vid de allmänna rehabiliteringsklinikerna. Dessutom skall de två senare förekomma fristående men med nära anknytning till regionsjukhus och centralasarett. De psykiskt sjuka torde ur rehabiliteringssynpunkt i stort kunna indelas i tre kategorier, nämligen 1) patienter behandlade på psykiatrisk klinik eller akutavdelning vid annat psykiatriskt sjukhus, samt därtill hörande öppen vård, 2) mentalsjukhuspatienter i allmänhet, varav en avsevärd del är defekta kroniska psykosfall samt 3) personer med karaktärsneuroser, djupgående personlighetsabnormiteter eller liknande defekter, som förorsakat allvarliga anpassningssvårigheter i arbetslivet. Dessutom tillkommer alkoholskadade och åldringar, vilka skapar specialproblem ur rehabiliteringssynpunkt.

Det förefaller rimligt att förutsätta, att det stora flertalet tillhörande kategori 1) och 2) kommer att remitteras från sjukvårdande institutioner, under det att flertalet ur kategori 3) kommer att remitteras från social- eller arbetsvårdssektorerna. För kategori 1) kan antagas att de planerade rehabiliteringsklinikerna i viss utsträckning kan vara lämpliga, men sannolikt icke i någon större utsträckning för kategorierna 2) och 3). För flertalet inom kategori 2) torde nämligen prognosen ur arbetssynpunkt vara tämligen dålig, om god anpassning inom det verkliga arbetslivet avses. De kroniska, men icke sjukhusvårdbehövande psykosfallen, vilka utgör en mycket omfattande grupp, är säkerligen bäst lämpade för skyddad verksamhet och i någon mån för sådan arbetsträning som skisserats i förslaget. Vi vill därför livligt instämma med beredningen när den förordar en kraftig ökning av den skyddade verksamheten. En del av kategori 3) torde behöva arbetsprövning av typ Statens arbetsklirik, men skulle sannolikt inte med framgång kunna skötas vid allmän rehabiliteringsklirik.

Hittillsvarande erfarenhet från arbetsträningsinstitut har givit vid handen att en tidig differentiering ur arbetsprognossynpunkt är viktig. En sammanblandning av ur prognossynpunkt allt för skilda patienter har menlig inverkan på verksamheten i stort och hämmande effekt på de individuella resultaten. I den sålunda önskvärda tidiga differentieringen spelar givetvis psykiatrisk och psykologisk expertis en central roll. Ätminstone beträffande mentalsjukhuspatienter torde denna arbetsprognostisering, som tidigare bäst ske vid sjukhuset, där tillräcklig expertis bör finnas. Frågan huruvida arbetsträningsinstitut och institut för skyddad verksamhet skall vara intimt knutna till sjukhuset är, ätminstone ur mentalsjukvårdssynpunkt, kontroversiell och bör ytterligare utredas.

I anslutning härtill säger sig sektionen vara medveten om att ett närmande mellan den s. k. lätta och tunga psykiatrin ur såväl lokal som organisatorisk synpunkt eftersträvas och att målsättningen på lång sikt är att komma ifrån de stora isolerade mentalsjukhusen. De flesta av dessa kom-

mer dock rimligen att finnas kvar ännu lång tid, och hur än sjukhusorganisationen kommer att utformas, torde det vara realistiskt att räkna med ett mycket omfattande kroniskt rehabiliteringsbehövande psykosklientel för lång tid framåt.

Sektionen för åldersforskning:

Beredningen föreslår att *arbetsprövningsdetaljen* i rehabiliteringsprocessen skall förläggas i anslutning till regionsjukhusens rehabiliteringsavdelningar i stället för vid arbetsträningsinstitutet. Man kan naturligtvis ha delade meningar om det, beroende på vad man lägger i begreppet arbetsprövning. En viss prövning sker väl av alla handikappade och förekommer sålunda redan på rehabiliteringsavdelningarna vid sjukhusen. Den är viktig och nödvändig, vilket beredningen också understryker. Likaså kan man säga att arbetsprövning sker vid sysslandet med det vanliga klientelet på arbetsträningsinstitutet. Men man bör nog skilja denna prövning från den kvalificerade prövning av klientelet, som skett vid Statens arbetsklirik i Stockholm. Där har det gällt klienter, som varit mycket svåra att placera i öppna marknaden och där tidigare försök med arbetsträning kanske har misslyckats och resurserna för prövning har varit otillräckliga. Det gäller personer med särskilt svåra fysiska handikapp och med karakterologiska eller psykologiska problem. Denna senare form av prövning är personalkrävande och tar tid och fordrar dessutom speciell utbildning och erfarenhet. De vanliga klinikererna för medicinsk rehabilitering är avdelningar avsedda för terapi. De torde ha begränsade resurser för sådan prövning. Utom material för testning av olika slag är man i behov av en brett upplagd differentierad arsenal för den yrkestekniska arbetsprövningen. Denna bör ju finnas på väl utrustade arbetsträningsinstitut. Då dessa dessutom bör ha tillgång till arbetsvårdsläkare, psykolog, kurator och arbetsvårdsassistent förutom olika arbetsledare, kan arbetsprövningen bedrivas där. Ett oundgängligt villkor är dock att denna personal har tillräckligt kvalificerad utbildning.

Frågan om kvalificerad arbetsprövning hör till den medicinska eller sociala rehabiliteringen kan ju också diskuteras. Åtgärder, som man kallar sjukdomsbehandling, bör höra till den medicinska sidan. Men på den sidan sysslar man även med fysiologiska prov, intelligenstestningar och sociala utredningar m. m. Vissa av klienterna i arbetsträningsverkstäderna behöver behandling till förbättring av den fysiska och psykiska konditionen på grund av insufficiensstillstånd efter sjukdom eller neuros. Dylig behandling har tidigare på lekmanahåll ej ansetts indicerad hos ett klientel, som man trodde var färdigbehandlat. Nu har man ändrat inställning, vilket beredningen också har redovisat. Härav framgår att det är svårt att uppställa gränser mellan olika vårdformer.

Den vetenskapliga karaktären av utredningarna vid de arbetskliniker, som ligger eller kommer att förläggas vid de medicinska högskolorna, gör att man gärna tänker sig dem knutna till där befintliga rehabiliteringskliniker. Men å andra sidan bör väl den kvalificerade arbetsprövningen betraktas som en inledningsfas till arbetsträningen och torde därför böra räknas till arbetsvården. Därigenom kommer arbetsprövningen att sortera under annan huvudman än den som svarar för sjukvården. Kontrollerande myndighet blir då arbetsmarknadsstyrelsen.

Sektionen tar även upp förslaget om ambulans service åt arbetsträningsinstitut, som ej har tillräckligt utbildad personal, och framhåller att om man vill

decentralisera den kvalificerade arbetsprövningen innan all utbildning är klar, kan man kanske ha nytta av ambulans hjälp. Inom tuberkulosvården tillämpas ju sedan en del år med framgång den principen att ett team av kirurger förflyttar sig mellan vissa sanatorier, som är utrustade för lungkirurgi. Materiel finns på platsen, det är personalen som förflyttar sig och stannar på vederbörande sanatorium så lång tid som är nödvändig för att operera de aktuella fallen. En liknande ambulans service föreslås skola assistera arbetssträningsinstituten vid arbetsprövningarna. Om för arbetsprövning nödvändigt material, kompletterande vad som redan finns på arbetssträningsinstituten, eventuellt skulle följa ett team av arbetsprövningsexperter eller instituten skulle ha en fast utrustning, framgår ej av förslaget. Det senare vore väl mest praktiskt och är för övrigt mer jämförbart med den operativa tuberkulosvården.

Svenska industriläkarföreningen konstaterar att CRB understrukit vikten av arbetsprövningens placering i anslutning till rehabiliteringskliniken och

anser för sin del att detta är en fundamental synpunkt eftersom det är synnerligen väsentligt att den inpassas från första början i en medicinsk bedömning. En av rehabiliteringsläkarnas viktigaste uppgifter är att från början ställa in rehabiliteringen mot arbetsmarknadsmässigt relevanta målsättningar och dessa är framför allt baserade på medicinska bedömningar i samråd mellan rehabiliteringsläkaren och företagsläkaren ute i företagen. Industriläkarna har stor erfarenhet av rehabilitering, låt vara i blygsam skala inrättad inom de större företagen, och har goda erfarenheter av möjligheter att på en dylik avdelning pröva patienterna gentemot tänkta arbetsuppgifter med all hänsyn tagen till objektiva fysiologiska och psykologiska mätresultat. Vi vet att det bör finnas stora möjligheter att på en rehabiliteringsavdelning bygga upp arbetsplatsmodeller för prövning av kapacitet mot arbetskrav motsvarande industriella situationer. Genom modern arbetsvärdering kan rehabiliteringsläkaren lätt få underlag för uppbyggande av dylika arbetsprövningsobjekt i laboratorieskala där värdering av sådana ting som fysisk arbetsförmåga, rörelseomgång, m. m. kan ställas i relation till tänkta placeringsobjekt.

En sådan verksamhet från rehabiliteringsläkarens sida kan ytterligare berikas genom intimt samarbete mellan honom och företagsläkarna ute på de berörda företagen. Detta samarbete skulle i sin tur bli ett utomordentligt slussystem, dubbelverkande såväl från rehabiliteringskliniken ut till företagen, som från företagen till rehabiliteringskliniken, i den mån det gäller fall, som företaget inte längre kan sysselsätta inom sina egna arbetsmöjligheter.

Vi är klara över att det för speciella fall bör finnas behov av kvalificerad arbetsprövning, för vilka kan behövas särskilda mer specialinriktade rehabiliteringsinstitutioner. För svårare fall som ej lämpligen kan handläggas av rehabiliteringskliniken borde en hänvisning från arbetsvården via rehabiliteringskliniken till dessa speciella institutioner vara en framkomlig väg.

Industriläkarföreningen ställer sig mer tveksam till de framförda tankegångarna om bussburen medicinsk expertis till företagen för utförande av arbetsprövning och following up.

Svensk sjuksköterskeförening anser att arbetsprövningen har ett logiskt sammanhang med den medicinska delen av rehabiliteringen och därför, i enlighet med beredningens åsikt, bör integreras med denna. Därtill krävs givetvis ett intimt samarbete med arbetsvårdens företrädare.

Föreningen Sveriges arbetsterapeuter:

När det gäller arbetsprövning och arbetsträning för omskolning till andra yrken måste hänsyn tagas till förhållandet mellan vilket yrke som passar individen och hans handikapp. Beträffande de handikappade husmödrarna fordras för att uppnå bästa resultat, att den som behandlar dem i första hand är väl förtrogen med graden av individens invaliditet, kan bedöma den möjliga arbetsprestationen i förhållande till handikappet samt är väl insatt i utprovningen och anpassningen av tekniska hjälpmedel. Detta ingår i en kunnig arbetsterapeuts utbildning, ävensom ADL-träning och hushållsträning, vilket motiverar att dessa behandlingsformer till största delen bör utövas av arbetsterapeuter. ADL-träning bör enligt nu vunnit erfarenhet ske så snart som möjligt efter insjuknandet och helst redan på akutsjukhusets vårdavdelning. Den bör vara avslutad innan patienten kan anses vara mogen för arbetsprövning och arbetsträning. Beträffande svårare fall av långvarigt sjuka kan emellanåt ADL-träningen fortsättas i hemmet för att rätt kunna anpassas till hemmiljön.

Föreningen framhåller slutligen att till centralasarettens bör knytas rehabiliteringskliniker, vilka skall vara så utrustade lokal- och personalmässigt, att där skall kunna göras viss förberedande arbetsprövning inom arbetsterapiens ram.

Folksam:

Det avgörande motivet för att rehabiliteringen nära anknytes till sjukvården är helt naturligt det obestridliga faktum att all rehabilitering måste ske med utgångspunkt från den handikappade individens fysiska och psykiska förutsättningar och således stå på klart läkarvetenskaplig grund. Det innebär att rehabiliteringen från början till slut måste ske med hänsyn till dessa faktorer. Den definition på arbetsprövning, efter vilken Statens arbetsklirik arbetar, ansluter sig även nära till en sådan tankegång: Arbetsprövningen syftar till att genom medicinsk, psykologisk och social utredning och praktiska arbetsprov under yrkesmässiga former kartlägga den handikappades intresse och anslagsriktning, fysiska och psykiska arbetskapacitet, arbetsvilja och förmåga till samarbete med arbetsledning och arbetskamrater.

SVCK:

Ett av de konkreta problem, som beredningen ägnat stor uppmärksamhet, utgör frågan om arbetsprövningens ställning i rehabiliteringsorganisationen. Beredningen har föreslagit en integration av denna verksamhet med den medicinska rehabiliteringsverksamheten inom rehabiliteringsklinikernas ram. Utan tvekan kan motiv anföras såväl för som emot en sådan ändrad gränsdragning mellan medicinsk rehabilitering och arbetsvård. Det kan sålunda med fog hävdas, att rehabiliteringsklinikerna om de — vilket torde bli fallet — utrustats med möjligheter till såväl industriell terapi som funktionsprövning och funktionsträning, kan komma att fungera på ett från t. ex. arbetskliniken knappast särskiljbart sätt. Vidare underlättas sannolikt rekrytering av kompetent personal till en sådan verksamhet, om den sorterar under ett regionsjukhus. Likaså kan med fog framhållas, att samarbetet med olika medicinska specialiteter skulle underlättas, och att kontinuiteten i rehabiliteringsgången "från sjuksäng till arbetsbänk" skulle kunna tänkas fungera på ett smidigare och mera ändamålsenligt sätt med den föreslagna organisatoriska ändringen.

Omvänt kan hävdas, att det stora flertalet klienter, lämpliga för en kvalificerad arbetsprovning, sådan den bedrivs vid statens arbetsklirik, icke remitteras — och sannolikt inom en överskådlig framtid icke kommer att remitteras — från akut-sjukvården eller ens från kronikervården utan från den sociala sektorns männi-skovårdande instanser. Det kan på goda grunder ifrågasättas, om detta sistnämnda vårdområdes klientel med fördel bör blandas med handikappade ur sjukhus-klientelet och om den medicinska rehabiliteringsklinikens resurser — med den tonvikt på fysikalisk medicin, som är nödvändig med hänsyn till sjukhusklientelet — är speciellt adekvat för ett övervägande socialt och mentalt handikappat klientel. Mot detta resonemang kan visserligen anföras, att rehabiliteringsklinikernas resurser bör vara så omfattande och differentierade, att de passar båda sorters klientel. Detta vore givetvis önskvärt, men kunde lätt få till följd, att klinikerna skulle bli utomordentligt stora och därigenom tungrodda och svårarbetade.

Sammanfattningsvis torde kunna sägas, att med den bristfälliga kunskap vi för närvarande har om arbetsprovningens metodik och lämpliga organisation det dock kan konstateras, att en välutrustad rehabiliteringsklirik kan genom sin diagnostik och terapi ge en funktionsprovning, som bidrager med en rad medicinska, psykologiska och sociala fakta för att belysa den handikappades möjligheter att klara sig själv bl. a. i förvärvslivet. Dessa fakta tillsammans med den egentliga arbetsprovningen, som enligt SVCK:s mening närmast torde vara en uppgift för olika arbetsvårdsinstitutioner av typ arbetsklirik o. dyl., bör kunna ge en fördjupad arbetsmarknadsmässig analys av vederbörandes förutsättningar i arbetslivet. Dessa frågor synes emellertid böra bli föremål för ytterligare utredning.

De vanföras riksförbund:

Arbetsprovning bör ske under direkt ansvar av de organ, som sedan har att svara för beslut i utbildningsfrågor och anställningsärenden. Det är nödvändigt att verksamheten sker under ledning av personal, som väl känner arbetsmarknaden och arbetsrutinen inom olika yrken. Verksamheten bör dock ske i nära samarbete med den medicinska rehabiliteringsklinikens. Detta samarbete bör kunna garanteras om rehabiliteringsklinikens läkare också knytes till arbetsvårdsinstitutionen.

CRB föreslår att Statens arbetsklirik knytes till Karolinska sjukhuset och att motsvarande verksamhet även bör bedrivas vid andra rehabiliteringsklirik, i första hand vid regionsjukhus. Förbundet finner det för tidigt att i dagens läge ta ställning till frågan om ändrat huvudmannaskap för Statens arbetsklirik. Detta är den enda klirik med kvalificerad arbetsprovning, som står till de arbetsvårdande myndigheternas förfogande. Vid klirik lämnas icke någon medicinsk vård utan verksamheten inriktas på att pröva arbetshindrade och ur sysselsättnings synpunkt svårbedömda personers förutsättningar för olika arbeten samt att bedriva arbetsfysiologisk och arbetspsykologisk forskning. DVR vill föreslå att frågan om Statens arbetsklirikens verksamhet tages upp till provning, när man mer allmänt fått fram motsvarande verksamhet vid regionklirikerna.

Arbetsträning

Promemorian

I det föregående har berörts vissa arbetsträningensinstitutioners roll i arbetsprovningen och de krav detta ställer på samarbete med sjukhusen.

I promemorian framhålls att det även för den egentliga arbetsträningens

del är angeläget att verksamheten så vitt möjligt bedrivs i nära samband med den medicinska rehabiliteringen, varigenom bl. a. arbetsträningen kan insättas på ett tidigare stadium och tränings tiden förkortas.

För att ge största möjliga utbyte bör arbetsträningen noga avpassas efter vars och ens hälsotillstånd och bör även omfatta konditionsträning och annan psykosomatisk uppträning efter läkares ordination. Arbetsfysiologisk kontroll och bioteknologiska studier av arbetsställningar och arbetsredskap m. m. bör bedrivas under sakkunnig ledning. Viktigt är att möjlighet till ADL-träning beredes dem, som är i behov därav, och träningslägenhet med träningskök kan härvid utnyttjas för såväl ADL-träning som för rent yrkesmässig träning i hushållsarbete. Kuratorshjälp och psykologisk rådgivning bör även ges erforderligt utrymme i verksamheten.

Vid de centralt belägna arbetsträningsinstitutionerna bör en starkt differentierad verksamhet eftersträvas, omfattande icke blott industriellt arbete utan även kontorsarbete, hushållsarbete etc.

I promemorian framhålls som särskilt angeläget att träningsverkstädernas föreståndare och arbetsledare icke blott i fråga om yrkeskunskap utan också i fråga om pedagogiska insikter och psykologiskt handlag är väl kvalificerade för sina uppgifter, vilket bör beaktas bl. a. i samband med utbildnings- och lönefrågornas behandling.

Verkstäderna för arbetsträning bör enligt beredningens mening förläggas så att ett nära samarbete med sjukhusens rehabiliteringskliniker och övriga medicinska resurser lätt kan komma till stånd. Med hänsyn härtill förordas att den rekommendation, som 1956 lämnats av arbetsmarknadsstyrelsen och medicinalstyrelsen, att icke förlägga arbetsträningsinstitut i närheten av sjukhus, bör upphävas. Detta utesluter icke att behov kan föreligga även av mera perifert belägna institutioner för arbetsträning, varvid man dock på olika sätt måste söka bevara det funktionella sambandet med den övriga rehabiliteringsorganisationen. Hur detta lämpligast bör ske måste givetvis bedömas med hänsyn till de lokala förhållandena. En utväg, som prövats i andra sammanhang, då man velat bereda mera perifert belägna institutioner eller befolkningsgrupper inom vissa områden tillgång till speciella medicinska resurser, som icke kunnat etableras på det lokala planet, är att för detta ändamål organisera en bussburen serviceverksamhet. Exempel på sådan verksamhet såväl i Sverige som utomlands lämnas i promemorian.

I den mån särskilda rehabiliteringsteam träder i funktion vid centralasarett och därmed samverkande arbetsvårdsinstitutioner, kan måhända dessa team med vissa tidsintervall besöka olika arbetsvårdsverkstäder inom upptagningsområdet för erforderligt samråd, undersökningar, arbetsprövning etc. Härigenom skulle dessa verkstäders behov av särskild specialutbildad personal för sådana uppgifter kunna i viss utsträckning begränsas. Om för detta ändamål användes en specialutrustad buss med erforderlig medi-

einsk och teknisk apparatur, skulle denna även kunna utnyttjas för kontakt med olika industrier för verkställande av arbetskravsanalyser etc.

Den rehabilitering av mindre svåra fall, som många företag själva bedriver, är av stort värde inte minst med hänsyn till betydelsen av tidigt insatta rehabiliteringsåtgärder. I detta syfte har på vissa håll anordnats s. k. konvalescentverkstäder. Även i andra former förekommer omplacering till lämpligare arbete under konvalescens eller tillfällig kraftnedsättning.

Industriell arbetsterapi, inriktad på speciell uppträning av vissa funktioner genom särskilda moment i arbetet, vilket t. ex. anordnats vid Vauxhalls verkstäder i Luton, har hittills icke inrättats i svensk industri. Som skäl härför har anförts att arbetsplatserna i regel inte är tillräckligt stora för att med rådande invaliditetsfrekvens lämpliga enheter för industriell arbetsterapi skall kunna anordnas. Utan att närmare ingå på den senast berörda frågan har beredningen i promemorian endast understrukit betydelsen av att det enskilda näringslivet aktivt engagerar sig i rehabiliteringsverksamheten i ännu större omfattning än vad hittills skett.

Remissyttrandena

I ett särskilt uttalande om arbetsträning åberopar *arbetsmarknadsstyrelsen* de synpunkter på gränsdragning mellan yrkesmässig och medicinsk rehabilitering och på samarbetet mellan sjukvård och arbetsvård, vilka styrelsen anført rörande arbetsprövning, och uttalar den meningen att vad som där anförts självfallet även gäller i fråga om arbetsträning. Vidare framhålls följande.

Styrelsen är väl införstådd med behovet av träningskök, där rörelsehindre — till dem räknar styrelsen i detta sammanhang även synskadade — kan tränas i att använda tekniska hjälpmedel, och kommer att även i fortsättningen verka för att sådana inrättas. Däremot är styrelsen något tveksam i fråga om beredningens förslag att ADL-träning skall ingå i arbetsträningens verksamhet. Sådan träning synes liksom hittills i huvudsak böra bedrivas inom den medicinska rehabiliteringens ram.

Beredningen föreslår att den rekommendation, som 1956 lämnats av arbetsmarknadsstyrelsen och medicinalstyrelsen, att icke förlägga arbetsträningens verksamhet av sjukhus, skall upphävas.

Arbetsmarknadsstyrelsen vill erinra om att nya arbetsträningensinstitutioner utan hinder av rekommendationens lydelse byggts i neutral miljö inom lasarettssområden. I rekommendationen står nämligen "att träningsverkstäderna av psykologiska skäl ej bör ligga i omedelbar anslutning till sjukhusen".

Styrelsen erinrar också om

att jämlikt Kungl. Maj:ts kungörelse 1960:124 angående statsbidrag till verkstäder inom arbetsvården (med ändringar 1961:124 och 1962:362) är ett av villkoren för att sådant bidrag skall utgå, att läkartillsyn ordnas på sätt som godkännes av arbetsmarknadsstyrelsen. Omfattningen av denna har självfallet varit beroende av tillgången på läkare men torde även i en del fall ha påverkats av huvudmannens

syn på den kostnadspost, som läkartillsynen representerar. För att kunna få läkartillsynen effektiviserad har styrelsen därför i samband med sina anslagsäskanden upprepade gånger begärt, att statsbidrag skulle utgå till vid träningsinstitutioner och skyddade verkstäder anställda läkares löner.

Östergötlands läns landstings förvaltningsutskott har i sitt under Arbetsprövning redovisade uttalande berört ADL-träningens och den kvalificerade arbetsprövningens placering inom rehabiliteringsorganisationen. I avslutning härtill åberopar utskottet att beredningen i sin promemoria föreslagit att den rekommendation, som 1956 lämnades av arbetsmarknadsstyrelsen och medicinalstyrelsen att icke förlägga arbetsträningsinstitut i närheten av sjukhus, "skulle med hänsyn till behovet av samarbete mellan sjukhus och verkstäder upphävas. Beredningen har emellertid uraktlåtit att omnämna, att ämbetsverken i sin skrivelse framhållit att träningsverkstäderna av psykologiska skäl ej bör ligga i omedelbar anslutning till sjukhusen. Utskottet finner av denna anledning att dessa problem bör bli föremål för ytterligare överväganden innan ett definitivt ställningstagande sker."

Kronobergs läns landstings förvaltningsutskott har, som angivits under Arbetsprövning, ansett det böra övervägas om landstingets centrala yrkeskolor möjligen vore ett forum där arbetsprövning och eventuell arbetsutbildning skulle kunna läggas. Utskottet anser även att de handikappades yrkesutbildning skulle kunna tänkas fortsätta direkt vid samma skolor.

Kristianstads läns landstings förvaltningsutskott har understrukit beredningens uttalande att arbetsträning alltid bör stå under betryggande medicinsk kontroll. "Arbetsträningsverkstäderna kan aldrig och får icke med hänsyn till syftet med deras verksamhet bli enbart muskelträningstitut och konditionsförstärkande med allmänna medel drivna anstalter."

Direktionen för lasarettet i Lund, vars yttrande översänts av Malmöhus läns landstings hälso- och sjukvårdsstyrelse, gör följande uttalande.

Till den yrkesmässiga rehabiliteringen har CRB å andra sidan fört träning i det dagliga livets färdigheter. Personer, som är så starkt handikappade, att de ej kan klara dessa, hör klart hemma inom den medicinska rehabiliteringen. Träning i det dagliga livets färdigheter bör ske av arbetsterapeuter och sjukgymnaster under direkt ledning av läkare. Någon s. k. träningslägenhet behöver därför ej inrättas vid arbetsträningsverkstäderna. Det skulle innebära en onödig dubblering av dyrbar utrustning.

Hallands läns landstings förvaltningsutskott anser att det synes självklart att arbetsträningen bör bedrivas i nära samverkan med den medicinska rehabiliteringen. För den skull understryker utskottet — även om

detta i dagsläget saknar betydelse för Hallands läns landstings vidkommande — vikten av att rekommendationen från 1956 om undvikande av förläggning av arbetsträningsinstitut till närheten av sjukhus upphävs. Det måste stå huvudmännen fritt att förlägga institutionerna på det sätt som från deras synpunkt framstår som det lämpligaste.

Göteborgs och Bohus läns landstings förvaltningsutskott uppger beträffande arbetsträningen, att permanenta lokaler, som ger ökade resurser, håller på att uppföras i relativ närhet av länets centrallasarett men dock inte så nära som hade varit önskvärt enligt de nya intentionerna om intimt samarbete.

Örebro läns landstings förvaltningsutskott hävdar att institutionen för arbetsprövning och arbetsträning bör vara placerad på samma ort som rehabiliteringscentralen. Däremot synes det icke vara erforderligt att den placeras inom sjukhusområdet. Institutionen bör normalt ha tillgång till ett internat, helst beläget i så nära anslutning som möjligt till denna. Utskottet anser vidare att de större institutionerna utan tvivel har behov av egna läkare med speciell inriktning på de problem som är förenade med arbetsprövning och arbetsträning och att ett nära samarbete måste ske mellan arbetsvårdens och sjukvårdens läkare och övriga personalgrupper.

Västmanlands läns landstings förvaltningsutskott (yttrandet utarbetat av dess rehabiliteringskommitté) anser att såväl vid rehabiliteringskliniker som vid rehabiliteringsinstitut bör inrättas träningslägenheter för arbetsprövning i hushållsarbete.

Samtidigt bör dock framhållas såsom en självklarhet att även handikappade personer i möjligaste mån bör begagna sig av den möjlighet till undervisning i hushållsarbete, som i olika sammanhang erbjudas vid yrkesskolorna, och att det förutsättningslöst prövas i vilken utsträckning yrkesmässig träning av handikappade i hushållsarbete kan förläggas till yrkesskolorna.

Arbetsvårdsnämnden i Västerås har förordat att den del av ADL-träningen, som oundgängligen måste äga rum under direkt och kontinuerlig ledning av läkare och bedrivs av sjukvårdspersonal, bör äga rum vid rehabiliteringsklinikerna.

Den rent yrkesmässiga träningen i hushållsarbete inkl. utbildning i dietmatlagning bör däremot förläggas till yrkesskolorna, som på tillgänglig tid bör anordna sådana speciella kurser för handikappade. Det bör beaktas, att det sannolikt föreligger ett mycket stort behov av utbildning i dietmatlagning för husmödrar med anhöriga, som ordinerats diet. Dessa kurser bör därför stå öppna även för icke handikappade. Nämnden har velat understryka, att de handikappade även när det gäller den yrkesmässiga träningen i hushållsarbete bör betjänas av samma samhällsinstitution, som betjänar befolkningen i övrigt.

De handikappade kommer härigenom att få åtnjuta denna undervisning i hemorten, vilket bl. a. bör göra denna verksamhet lättillgänglig med ett långt allmännare utnyttjande av denna arbetsvårdande utbildning som följd. Enligt nämndens mening bör träning i användning av tekniska hjälpmedel med fördel kunna kombineras med dessa kurser vid yrkesskolorna. Endast i den mån träning i användning av ett tekniskt hjälpmedel för hushållsarbete kräver medverkan av rehabiliteringsläkaren bör denna träning äga rum i rehabiliteringsklinikernas ADL-träning. Det bör åligga länsarbetsnämnderna och landstingens arbetsvårdsnämnder eller styrelser att medverka till att ovan skisserad yrkesmässig träning av handikappade i hushållsarbete inkl. användning av tekniska hjälpmedel kommer till stånd inom respektive landstingsområde i erforderlig omfattning. Yrkesskolornas behov av medicinsk rådgivning torde kunna lämnas av tjänsteläkare å respektive ort.

Om yrkesskolorna icke skulle anse sig kunna åtaga sig den yrkesmässiga träningen av handikappade i hushållsarbete, bör denna träning förläggas vid arbets träningsinstitutet, som bör ha ansvaret för övrig yrkesmässig och social träning.

Kopparbergs läns landstings förvaltningsutskott kan icke helt dela beredningens uppfattning att den rekommendation, som arbetsmarknadsstyrelsen och medicinalstyrelsen lämnade 1956 att icke förlägga arbetsträningsverkstäder i närheten av sjukhus, bör upphävas. Utskottet anser att erfarenheterna inom länet givit vid handen att arbetsträningsverkstadens placering i Borlänge, ca två mil från centrallasarettet, icke hindrat ett mycket gott arbete.

Utskottet anser det vidare självklart att arbetsträning skall stå under betryggande medicinsk kontroll.

Gävleborgs läns landstings förvaltningsutskott delar till fullo beredningens uppfattning att arbetsträning måste stå under betryggande medicinsk kontroll.

Jämtlands läns landstings förvaltningsutskott anser att intet synes vara att invända mot att den nu gällande rekommendationen att icke förlägga arbetsträningsinstitut i närheten av sjukhus upphäves.

Norrbottens läns landstings förvaltningsutskott menar att mera perifert belägna träningsverkstäder, såsom den i Älvsbyn, bör kunna funktionellt samordnas med den övriga rehabiliteringsorganisationen, möjligen bl. a. genom remissförfarande och/eller en bussburen serviceverksamhet. Tanken på en sådan bussburen serviceverksamhet synes för övrigt ge belägg för att man skjuter över målet, om man kräver ett centrallasarets alla resurser för den reguljära provnings- och träningsverksamheten.

I det tidigare nämnda av Göteborgs sjukvårdsstyrelse överlämnade yttrandet av överläkare *Åke Stenram* över betänkandet av Göteborgs stadsfullmäktiges rehabiliteringsberedning har åberopats vissa erfarenheter från England beträffande träningsverkstädernas storlek.

Man byggde där först träningsverkstäder med 100 platser beräknade för 650 000—700 000 invånare. Man har emellertid funnit att dessa enheter är för stora, därför att det ej går att nå den rätta, personliga kontakten med alla klienter. Enheter om 80 platser för 500 000 invånare anses därför nu lämpligast. Det första kombinerade medicinska och industriella rehabiliteringsinstitutet vid Belvedere-sjukhuset i Glasgow kommer också att dimensioneras för 80 klienter på vardera sidan.

Malmö stads sjukvårdsstyrelse betonar att antalet skyddade arbetsplatser bör ökas för att tränings- och provningsinstitutionerna skall kunna befrias "från ett tyngande sediment av 'skyddade' fall, för vilket de ej är avsedda, och bli mera aktiva i sin verksamhet".

LO anser att det ej synes nödvändigt att träningsverkstäderna förläggs i anslutning till sjukhus med rehabiliteringskliniker. Lokaliseringen av verkstäderna kan ske från andra utgångspunkter, t. ex. möjligheterna att skaffa lämplig produktion.

Svenska läkaresällskapet har gjort ett uttalande om de skyddade fallen vid träningsinstitutionerna av samma innebörd som nyssnämnda yttrande av Malmö stads sjukvårdsstyrelse.

Svenska läkaresällskapets sektion för psykiatri finner att frågan huruvida arbetsträningsinstitut och institut för skyddad verksamhet skall vara intimt knutna till sjukhuset är, åtminstone ur mentalsjukvårdssynpunkt, kontroversiell och bör ytterligare utredas. Tendensen inom mentalsjukvården idag är ju att i största möjliga utsträckning komma ifrån institutionaliseringen, vars inaktiverande och passiviserande verkan på individen blivit alltmer uppenbar.

Sektionen uttalar vidare:

Erfarenheter från arbetstränande verksamhet har givit vid handen, att arbetsmomenten lätt kan få karaktären av arbetsterapi eller t. o. m. hobbyverksamhet eller sysselsättning för dess egen skull. Vi förordar att sådan arbetstränande verksamhet, som hittills enligt erfarenhet utmärkt skötts av arbetsvården, även skall göra detta fortsättningsvis. Det är härvid dock givetvis viktigt att arbetsbelastningen doseras på ett medicinskt riktigt sätt, men även att arbetsträningen, så snart patientens tillstånd det medger, får en "professionell" prägel med maximal anknytning till arbetslivets verklighet med dess höga krav på skicklighet och prestationsförmåga.

Svenska läkaresällskapets sektion för åldersforskning erinrar om att man tidigare rekommenderat att arbetsträningsinstitutet skulle ligga relativt långt från sjukhusen.

På läkarhåll har man dock ej varit övertygad om det riktiga häri. Beredningen understryker också behovet av ett närmare samarbete mellan dessa institut och sjukhusen och föreslår att de bör ligga närmare varandra, vilket säkerligen kommer att vara till nytta.

Svenska industriläkarföreningen har, som även berörts i kapitel 6 Betydelsen av tidigt insatta rehabiliteringsåtgärder, framhållit att

varje industriläkare, som aktivt sysslar med återinpassning i arbete efter sjukdom, vet hur mycket de långvarigt sjukas bibehållna kontakt med arbetslivet och tidigt insatt arbetsträning betyder för slutgiltigt återställande av arbetsförmågan. Långvarig arbetsavkoppling i sig själv medför, särskilt för äldre arbetskraft, ofta avsevärd sänkning av arbetsprestationsförmågan och återanknytning, särskilt till prestationsfixerade arbeten, vållar stora ibland oöverstigliga svårigheter. Kan å andra sidan vid dylika långvariga sjukdomstillstånd tidig arbetsträning installeras, helst i den sjukes egen arbetsmiljö, är förutsättningarna för återgång i arbete väsentligt bättre och rehabiliteringsåtgärder av mera avancerad art blir ej sällan obehövliga.

Svensk sjuksköterskeförening hävdar att arbetsträning bör bedrivas i ett närmare sammanhang med den medicinska rehabiliteringen än vad för närvarande är fallet.

Föreningen Sveriges arbetsterapeuter har, som tidigare redovisats, framfört vissa synpunkter på arbetsprövning och arbetsträning, speciellt för handikappade husmödrar, och i anslutning härtill uttalat följande.

Vi protesterar bestämt mot att handikappade husmödrars träning skall handhas av hushållslärare. I de fall husmodern icke tidigare rent tekniskt behärskar sitt yrke, bör givetvis hushållslärare finnas som konsult.

De vanföras riksförbund anser att

i än högre grad än arbetsprövningen är det nödvändigt att arbetsträningen sker under arbetsmässiga förhållanden. Verksamheten bör därför ledas av de arbetsvårdande organen men med nära kontakt med sjukvården. DVR vill understryka CRB:s uppfattning att verksamheten bör omfatta även konditionsträning och andra åtgärder för psykosomatisk uppträning efter läkares ordination. Däremot vill DVR förorda att träningen vid träningslägenheter förlägges till rehabiliteringsklinikerna, då den där kan kombineras med ADL-träning och utprovning av tekniska hjälpmedel. Att tillgodose arbetsträningsinstitutioner med medicinska behandlingsresurser genom ambulering serviceverksamhet vill DVR avstyrka. Institutionerna har redan nu tjänsteläkare knutna till sin verksamhet och den ytterligare hjälp, som de behöver på det medicinska området, bör kunna tillgodoses genom samverkan med ortens sjukhus.

Kvinnoorganisationernas stiftelse till stöd för handikappade husmödrar framhåller, att enligt erfarenhet

föreligger ett stort behov av träningslägenheter för arbetsprövning och träning i hushållsarbete för handikappade liksom för ADL-träning. En väsentlig uppgift för verksamheten vid en träningslägenhet är vidare att utprova lämpliga tekniska hjälpmedel och att lära den handikappade att använda dessa. Stiftelsen konstaterar därför med stor tillfredsställelse att CRB anser att sådana träningslägenheter bör finnas både vid rehabiliteringsklinikerna och träningsinstitutionerna. Stiftelsen vill också understryka värdet av att en utbildad hushållslärare skall svara för den yrkestekniska prövningen och även för träningen i hushållsarbete, vilket erfarenheter från Stockholms stads träningslägenhet har visat.

Yrkesutbildning för handikappade

Promemorian

En rationell utbildning, som gör de handikappade konkurrensdugliga på arbetsmarknaden, utgör enligt promemorian en av de viktigaste rehabiliteringsåtgärderna.

Av promemorian framgår vidare att CRB ännu icke hunnit närmare överväga utbildningsfrågorna för handikappade men dock velat understryka de krav som i arbetsmarknadsstyrelsens arbetsvårdspolitiska program ställts på ytterligare differentiering av utbildningsmöjligheterna och fortsatt anpassning av specialskolornas yrkesavdelningar efter näringslivets krav. Likaså understrykes att utbildningsmöjligheterna inom näringslivet bör tillvaratagas såväl för individuell utbildning som i kursform.

Remissyttrandena

Riksförsäkringsverket berör inledningsvis i sitt yttrande de åtgärder av skilda slag som kan göra livet lättare för dem som drabbas av ohälsa eller lyten. Här nämns bl. a. att den arbetsvård i form av yrkesutbildnings- och omskolningsverksamhet, som bedrivs av arbetsmarknadsverket, är av stor betydelse.

Arbetsmarknadsstyrelsen omtalar att

för psykiskt efterblivna (hjälpklass- och särskoleklientel) har i samarbete med yrkesöverstyrelsen på skilda håll i landet anordnats omskolningskurser på 48 veckor inom det mekaniska området, utformade med hänsyn till detta speciella slag av handikapp. Varje kurs omfattar 10—12 elever. 14 kurser har avslutats, 11 pågår och ytterligare 17 är under planering. Uttagningen till dessa kurser sker efter standardiserade urvalsprov, som på styrelsens uppdrag konstruerats av Personaladministrativa rådet. De hittillsvarande erfarenheterna från denna kursverksamhet är goda.

I detta sammanhang får styrelsen erinra om att Kungl. Maj:t 1962 uppdrog åt skolöverstyrelsen, yrkesöverstyrelsen och arbetsmarknadsstyrelsen att vidta — eller om så fordrades hos Kungl. Maj:t föreslå — åtgärder för att underlätta hjälpklass-elevernas yrkesförberedelse och anpassning till arbetslivet. De tre ämbetsverken har med anledning därav tillsatt en arbetsgrupp, som har att följa dessa frågor och framlägga förslag.

Förvaltningsutskotten i Jönköpings läns landsting och Kristianstads läns landsting biträder helt förslaget om avskaffande av övre åldersgränser för utbildning.

De vanföras riksförbund instämmer i den allmänna målsättning, som CRB anger rörande handikappades utbildning.

Förbundet förutsätter att beredningen i sitt fortsatta arbete ägnar stor uppmärksamhet åt frågorna. DVR vill understryka vikten av att även kvinnliga invalider erhåller en kvalificerad yrkesutbildning.

För bedömningen av den hittillsvarande utbildningen av handikappade genom arbetsmarknadsstyrelsens försorg vore en sociologisk undersökning omfattande en femårsperiod av värde. DVR vill därför förordna att en sådan undersökning kommer till stånd.

Handikapporganisationernas centralkommitté betonar att

registret av utbildningsmöjligheter för handikappade behöver bli väsentligt rikare. Även om redan mycket gjorts för detta ändamål är det nödvändigt att komma väsentligt längre. I automationens tidevarv gör sig detta krav allt mer gällande. En av de banor mot vilka utbildningsmöjligheterna i högre grad bör inriktas är det kvalificerade kontorsarbetet. Även med automation kommer nämligen utrymmet på detta område att expandera samtidigt som också bristen på verkligt yrkeskunnig kontorspersonal är betydande.

Å andra sidan bör utbildningen för t. ex. vissa psykiskt utvecklingsstörda i ökad grad riktas mot tempobetonat arbete av olika slag, såväl inom industri som på andra håll. Många psykiskt utvecklingsstörda har goda förutsättningar att göra utmärkta insatser bara de erhåller lämplig utbildning.

Skyddad verksamhet

Promemorian

Skyddad verksamhet bör främst komma till användning för fall av mera definitivt eller långvarigt nedsatt arbetsförmåga eller med speciella anpassningssvårigheter.

Skyddad verksamhet bör stå till förfogande även för mycket gravt handikappade, vilka endast kan göra en ringa arbetsinsats. Även om sådan verksamhet i många fall på grund av låg arbetskapacitet hos klientelet och kostnader för arbetsledning och medicinsk och annan tillsyn måste ge betydande underskott, ingår den som en nödvändig del av en fullständig rehabiliteringsorganisation.

Den skyddade verksamheten är i vårt land starkt underdimensionerad. En kraftig utbyggnad på detta område måste betraktas som en av de mest angelägna uppgifterna om rehabiliteringsorganisationen skall kunna fylla sitt syfte. Särskilt erinras om det växande behovet av sådan verksamhet ute i samhället för psykiskt sjuka, då tillgång härtill i stor utsträckning utgör en förutsättning för att utskrivning från den slutna mentalsjukvården skall kunna ske. Utländska erfarenheter ger även vid handen att en lämpligt upplagd skyddad verksamhet i mycket stor utsträckning kan bereda sysselsättning åt även svårt psykiskt efterblivna. För en betydande del av nykterhetsvårdens och kriminalvårdens klienter föreligger också ett omfattande behov av arbete i skyddade former.

Avgörande för den skyddade verksamhetens förläggning bör i första hand

vara befolkningsförhållandena, näringslivet i området samt det behov av nära kontakt med sjukhus eller annan vårdinstitution, som föreligger i fråga om en stor del av klientelet. I sistnämnda hänseende framhålles att även ur forsknings- och utbildningssynpunkt samt med hänsyn till behovet av utslussningsmöjligheter för sjukhusens rehabiliteringspatienter skyddad verksamhet alltid bör finnas i de orter, där regionsjukhusen och central-lasaretten är belägna. För sådana större tätortsområden som de, vari Stockholm, Göteborg och Malmö ingår, samt även på andra håll, där liknande tätortsområden håller på att växa fram, t. ex. i Luleåområdet, kan skyddad verksamhet måhända bedrivas vid större anläggningar. Värdefullt är om sådan verksamhet, eventuellt i halvskyddad form, kan komma till stånd i direkt anslutning till lämpliga industriföretag. I mera perifert belägna orter kan skyddad verksamhet i mindre skala fylla en viktig funktion för att bereda handikappade sysselsättning i hemorten eller dess närhet.

Betydelsen av att den skyddade verksamheten bedrivs under erforderlig medicinsk tillsyn och att förändringar i klienternas hälsotillstånd och arbetsförmåga noggrant observeras har tidigare framhållits. För svårare handikappade bör där så erfordras finnas tillgång till internatförläggningar och andra serviceanordningar.

Det framhålles att starka skäl enligt beredningens mening talar för att landstingen respektive städerna utanför landsting svarar för organisationen och driften även av de skyddade verkstäderna i allmän regi, då de torde ha väsentligt större möjligheter än flertalet primärkommuner att få till stånd en differentierad verksamhet med lämpliga arbetsobjekt samt en effektiv försäljningsapparat. En samdimensionering med rehabiliteringsorganisationen i övrigt underlättas även av att samma huvudmän svarar för samtliga institutioner. Andra initiativ till anordnande av skyddad verksamhet bör givetvis även uppmuntras.

Med den utbyggnad av verkstäderna för arbetsträning och skyddad verksamhet, som måste komma till stånd inom en snar framtid, blir det allt angelägnare att ägna ökad uppmärksamhet åt anskaffning av lämpliga arbetsobjekt och att en sådan samordning sker att inbördes konkurrens om arbetsuppgifter och avsättningsmöjligheter förebygges.

I detta sammanhang föreslås att verksamheten vid verkstäderna snarast blir föremål för utredning under medverkan av bl. a. företagsekonomisk expertis. I detta sammanhang erinras om det uppdrag att utreda den statliga anstaltsdriften, som lämnats statskontoret.

Arbetsmarknadsstyrelsen förutsätts liksom hittills fungera som centralt rådgivande organ under den fortsatta utbyggnaden av den skyddade verksamheten.

Remissyttrandena

Remissinstanserna understryker över lag att en kraftig utbyggnad av den skyddade verksamheten måste komma till stånd. I fråga om förslaget att landstingen respektive städerna utanför landsting skall svara för den skyddade verksamheten förekommer dock något delade meningar eller önskemål om ytterligare utredning.

Rikförsäkringsverket framhåller att bedömningen av ett pensionsärende kan ge vid handen att pensionering kan undvikas eller ske med reducerat belopp under förutsättning att skyddad sysselsättning finns att tillgå. Verket anser dock att det torde ställa sig svårt

att, innan viss tids erfarenhet vunnits, bedöma den ur försäkringens synpunkt erforderliga omfattningen av verksamheten. Frågan huruvida invaliderade personer med starkt nedsatt arbetsförmåga skall få full pension eller om de skall få reducerad pension och hänvisas till skyddad verksamhet för att få sitt försörjningsbehov täckt måste nämligen lösas med hänsyn till vad som ur humanitär synpunkt är bäst för den pensionssökande. Härvid torde dennes egen inställning vara av stor betydelse. Det kan alltså inte komma ifråga att tvångsvis hänvisa svårt invaliderade med någon återstående arbetsförmåga till skyddad verksamhet.

Arbetsmarknadsstyrelsen vill

understryka beredningens synpunkter beträffande behovet av en kraftig utbyggnad av den skyddade verksamheten. Betydande fördelar skulle utan tvekan kunna vinnas, om landstingen i större utsträckning åtog sig huvudmannaskapet för de skyddade verkstäderna. Verkstäderna inom landstingsområdet skulle då kunna arbeta som en produktionsenhet under en gemensam administrativ och teknisk ledning. Arbetsanskaffningen skulle kunna ordnas centralt, varigenom inbördes konkurrens kunde undvikas. Vissa fördelar skulle säkerligen även kunna uppnås, när det gäller materialanskaffning. I de fall egenproduktion förekommer skulle även försäljningen kunna samordnas och effektiviseras.

Om man bortser ifrån städerna utanför landsting, vilka samtliga inrättat skyddade verkstäder, så har hittills endast några få landsting iklätt sig huvudmannaskapet för skyddade verkstäder, nämligen Uppsala läns landsting, Östergötlands läns landsting och Västmanlands läns landsting. Även Västernorrlands läns landsting synes komma att ikläda sig huvudmannaskapet för den skyddade verksamheten. Utöver de uppräknade lämnar ett antal landsting visst ekonomiskt stöd till skyddade verkstäder inom landstingsområdet.

Styrelsen har på allt sätt sökt intressera landstingen att åta sig huvudmannaskapet för de skyddade verkstäderna inom respektive område. Den kommer att fullfölja sitt arbete i denna riktning men vill å andra sidan understryka, att det är utomordentligt betydelsefullt att primärkommunerna själva startar skyddade verkstäder inom de områden, där initiativ ej inom en nära framtid är att vänta från landstingets sida. I dessa områden söker styrelsen — bl. a. genom konferenser och överläggningar — verka för att ett praktiskt samarbete etableras närliggande verkstäder emellan. Ett sådant samarbete råder också på de flesta håll i landet.

I anslutning till vad beredningen anför om att verksamheten vid de skyddade

verkstäderna snarast bör bli föremål för utredning under medverkan av företags-ekonomisk expertis, får styrelsen erinra om att vissa frågor rörande verkstädernas drift är under utredning av statskontoret under medverkan av bl. a. arbetsmarknadsstyrelsen.

I detta sammanhang kan framhållas, att styrelsen i samråd med kommunförbunden har intensifierat utbildningen i bl. a. de driftekonomiska frågorna för personalen vid skyddade verkstäder. Tillsammans med kommunförbunden har därjämte ett gemensamt kontoplansystem utarbetats, vilket kommer att bidra till effektiviseringen.

Styrelsen ger vidare några exempel på skyddade utarbeten, som i samråd med medicinalstyrelsen och huvudmännen för berörda sjukhus "anordnats eller kommer att inom den närmaste tiden anordnas i anslutning till ett femtontal mentalsjukhus. Sammanlagt sysselsättes f. n. ca 100 personer vid dessa arbeten".

Svenska landstingsförbundets styrelse anser att en fråga som tarvar mera ingående bedömningar är

frågan om huvudmannaskapet för den s. k. skyddade sysselsättningen för partiellt arbetsföra som av olika anledningar är speciellt svårplacerade på den allmänna arbetsmarknaden. Vissa fördelar — beredningen framhåller i detta sammanhang anskaffning av lämpliga arbetsobjekt och uppbyggnad av en effektiv försäljningsorganisation — är otvivelaktigt förenade med en på större administrativa enheter uppbyggd organisation, men allvarliga nackdelar är också förenade därmed. Man går sålunda miste om den större förtrogenhet med den enskildes personliga och sociala förhållanden, som den lokala administrationen möjliggör, och verksamheten blir genom sin utspridning på många små funktionsenheter svåradministrerad för ett centralt organ och kommer säkerligen icke att kunna följas upp lika effektivt som vid en anknytning till den lokala förvaltningsapparaten. Att märka är också att den skyddade verksamheten icke enbart har avseende på kroppsligt och mentalt sjuka eller handikappade utan också omfattar personer med svåra allmänt sociala problem, såsom alkoholister, kriminalvårdsfall etc. Styrelsen finner därför angeläget att mera ingående utredningar kan förebringas, innan definitiv ståndpunkt tages till frågan om ett eventuellt generellt huvudmannaskap för landstingen vad gäller den skyddade sysselsättningen.

Uppsala läns landstings hälso- och sjukvårdsstyrelse erinrar om att landstinget i Uppsala län påtagit sig ansvaret för den skyddade verksamheten.

Med hänsyn till länets struktur torde utom i vissa undantagsfall primärkommunerna svårigen kunna driva skyddad verksamhet i egen regi.

I fråga om de lågproducerande grupperna har CRB endast uttalat sig om deras behov av skyddad verksamhet. Det har därvid konstaterats att betydande ekonomiskt underskott måste uppkomma, men verksamheten har ansetts vara nödvändig för de berörda grupperna. — I detta sammanhang bör övervägas, huruvida huvudmannen ensam skall svara för underskottet och även gränsdragningen mot pensionssidan vid upplåtelse av plats vid de skyddade verkstäderna.

Vad beträffar den av CRB påyrkade kraftiga utbyggnaden av den skyddade verksamheten kan erinras om att Kungl. arbetsmarknadsstyrelsen under de senaste åren ansett ett behov av omkring 15 000 skyddade arbetsplatser föreligga eller

cirka 2 ‰ av befolkningsantalet. Motsvarande siffra för Uppsala län skulle vara 325. Inom länet finnes för närvarande omkring 235 skyddade arbetsplatser, vilka dock icke vad landstinget beträffar på långt när tagits i anspråk. En år 1960 gjord utredning av behovet av skyddade arbetsplatser uppvisade ett behov av 330 nya skyddade arbetsplatser.

Södermanlands läns landstings förvaltningsutskott anser att behovet av platser i skyddad verksamhet säkerligen är betydande.

Att härvid tillgodoseendet av detta behov bör ankomma på sjukvårdshuvudmännen dvs. landstingen, i vad det rör vårdkategorier, för vilka landstingen har ansvaret, måste framstå såsom naturligt. Erforderliga platser för långtidssjukvårdens och senare mentalsjukvårdens patienter samt för de psykiskt efterblivna ävensom för cp-patienter bör sålunda tillgodoses av sjukvårdshuvudmännen. Detta platsbehov torde det också vara naturligt att i första hand tillgodose i direkt anslutning till respektive vårdanstalter. Redan här föreligger sålunda för landstingen betydande utbyggnadsbehov, vilka först på lång sikt torde kunna tillgodoses.

Att under sådana förhållanden tilldela landstingen ansvaret för skyddad verksamhet för jämväl andra kategorier finner utskottet vare sig lämpligt eller motiverat. Att landstingen skulle svara för skyddad verksamhet för t. ex. kriminalvårdens klientel finner utskottet helt omotiverat. För den skyddade verksamheten som sådan är det icke de medicinska problemen, vilka ju blivit klarlagda vid rehabiliteringsklinikens arbetsprövning, som är de dominerande utan fast mera de rent arbetsvårdande och sociala problemen. Verksamheten måste här också ha en god kontakt med den allmänna företagsamheten och arbetslivet i övrigt. Det framstår därför som mest naturligt, att denna del av den skyddade verksamheten handhaves av arbetsmarknadsmyndigheten och dess arbetsvårdsorgan. Denna verksamhet skulle härvid mycket väl låta sig samordnas med den omskolningsverksamhet som redan nu handhaves av nämnda myndighet och möjliggöra ett smidigt utnyttjande av härför anställd arbetsledarepersonal under tider, då omskolningsverksamhet behöver bedrivas i endast mera begränsad utsträckning.

Utskottet vill därför påyrka, att sådan skyddad verksamhet, som icke direkt faller under de vårdformer för vilka landstingen har att svara, anförtros arbetsmarknadsmyndigheten och dess arbetsvårdsorgan. Härvid skulle ju också denna verksamhet komma att direkt sortera under det organ, som beredningen själv ansett skulle fungera som centralt rådgivande organ, nämligen arbetsmarknadsstyrelsen.

Östergötlands läns landstings förvaltningsutskott omtalar att landstinget redan år 1958 fastställt en organisationsplan för upprättande och drift av ett antal regionala skyddade verkstäder inom landstingsområdet. Utskottet delar även beredningens synpunkter om att arbetsmarknadsstyrelsen liksom hittills skall fungera såsom ett centralt rådgivande organ för den yrkesmässiga rehabiliteringen, varvid särskild uppmärksamhet bör ägnas anskaffning av lämpliga arbetsobjekt samt försäljning av verkstädernas produkter.

Sjukvårdsstyrelsen i Jönköpings läns landsting anser att den skyddade verksamheten inom länet är väl tillgodosedd "genom att samtliga städer, Gränna undantagen, bedriver sådan verksamhet i form av arbetscentraler,

vartill landstinget lämnar bidrag. Ytterligare några kommuner planerar samsättning av detta slag”.

Kronobergs läns landstings förvaltningsutskott anser att en utbyggnad av den skyddade verksamheten är synnerligen önskvärd, särskilt vad gäller psykiskt sjuka och psykiskt efterblivna.

Kristianstads läns landstings förvaltningsutskott vitsordar

att vad beträffar den skyddade verksamheten starka skäl talar för att landstingen, respektive städerna utanför landsting, bör bära en del av ansvaret för organisationen och driften även av de skyddade verkstäderna i allmän regi, kanske framför allt därför, att landstingen har väsentligt större möjligheter än flertalet primärkommuner att verkligen få till stånd en differentierad verksamhet med erforderligt antal lämpliga arbetsobjekt. Huruvida landstingen helt skall svara för organisationen och driften av de skyddade verkstäderna eller en fördelning av ansvaret skall ske med primärkommunerna, får väl närmare utredas. En sak måste dock stå klar: Ansvaret för den sjuke och invalidiserade får icke ta slut vid sjukhusporten i samband med utskrivningen. Därför bör det vara landstingens plikt att genom fortsatta medicinska, tekniska och andra rehabiliteringsåtgärder hjälpa den sjuke under rehabiliteringen fram till den dag, då han på nytt kan infogas i samhället med återvunnen arbetsförmåga och tryggade försörjningsmöjligheter eller i varje fall, tills han lärt sig utnyttja sina personliga resurser så mycket hans handikapp det medger.

Det är av värde, att beredningen starkt understryker behovet av att den skyddade verksamheten i vårt land upprustas och utbygges. Som det med rätta uttalas, är behovet av sådan verksamhet särskilt stort för psykiskt sjuka. Skyddad verksamhet torde i icke ringa grad utgöra en förutsättning för att utskrivning i ökad omfattning skall kunna ske från den slutna mentalsjukvården.

I yttrandet betonas också att vid planeringen och utbyggnaden av den skyddade verksamheten hänsyn måste tas till de psykiskt efterblivna och till den åldrade arbetskraften, som på grund av bristfällig utbildning och relativt hög ålder har svårt att få anställning i den öppna marknaden. I denna kategori framhålls särskilt äldre kvinnlig arbetskraft och ensamställda kvinnor.

Malmöhus läns landstings hälso- och sjukvårdsstyrelse

delar icke beredningens uppfattning beträffande överförande till landstingen respektive städerna utanför landsting av organisation och drift av skyddade verkstäder. Om en patient överföres från ett rehabiliteringsorgan till skyddad verkstad torde generellt kunna påstås, att patienten övergått från att i huvudsak vara ett sjukvårdsfall till att i huvudsak bli ett socialvårdsfall. I samband härmed övergår ansvaret och skyldigheten att svara för kostnaderna från landstingskommunen till en primärkommun. Det förefaller icke vara anledning att rucka på denna gränsdragning, som i och för sig icke behöver utesluta rationellt samarbete mellan landstingskommun och primärkommun även i hithörande frågor.

I bifogat yttrande från *direktionen för lasarettet i Lund* framhålls att de som efter yrkesmässig rehabilitering ej kan gå ut i arbetslivet söker man ge någon form av skyddat arbete, t. ex. på en skyddad verkstad. En skyddad verkstad kan därför lika litet som ett hem för kroniskt sjuka ingå i rehabiliteringsorganisationen. Detta framgår också klart av funktionsplanen vid bakpärmen till promemorian. Att man strävar efter att skriva hem patienterna från sjukhemmen och få ut dem i arbetslivet från de skyddade verkstäderna motsäger icke detta. Eftersom klienterna vid de skyddade verkstäderna ofta är rörelsehindrade, bör verkstäderna ligga utspridda så att resvägen blir kortast möjlig.

Rationalisering och samordning av administration, produktion och försäljning vid de skyddade verkstäderna kan åstadkommas, om man följer det engelska mönstret. I England finns ett på affärsmässig basis drivet halvstatligt företag, Remploy Ltd. Det omfattar 6 300 anställda, fördelade på 90 fabriker, och kan genom sin storlek anställa företagsekonomisk och annan expertis.

Hallands läns landstings förvaltningsutskott finner det tveksamt om skyddade verkstäder bör ingå i den regionala rehabiliteringsorganisationen.

Verksamheten vid dessa verkstäder är avsedd för ett mera stationärt klientel, och det kan därför icke vara lämpligt att bygga upp sådana anläggningar på regional bas, vilket skulle innebära att klienterna skulle vara nödsakade att flytta — även med sina familjer — till den regionala verkstadsorten, något som kan väntas medföra betydande svårigheter, särskilt om någon familjemedlem har sysselsättning i den egentliga hemorten. Utskottet förstår väl de önskemål om underlag för vid regionsjukhuset bedriven forskning, som har förestavat förslaget om regionala skyddade verkstäder, men finner att forskningsintressena kan tillgodoses lika väl genom att varje enskild huvudman inom regionen anordnar skyddade verkstäder.

Förvaltningsutskottet anför vidare:

Behovet av arbetsplatser inom skyddad verksamhet borde närmare undersökas och redovisas utförligare än som hittills skett i arbetsmarknadsstyrelsens sammanställningar. Det har nämligen icke varit möjligt att få någon uppfattning om vilka grunder arbetsmarknadsstyrelsen tillämpat för beräkningarna, och det är följaktligen icke heller möjligt att bedöma om de varit realistiska eller ej. Möjligt är att så är fallet; möjligt kan ock vara — särskilt med hänsyn till de snabba framstegen inom psykiatrien och de i vissa avseenden ljusare utsikterna nu än tidigare beträffande de psykiskt efterblivna — att behovet är beräknat i underkant. Frågan om skyddad verksamhet skall bedrivas i mindre anläggningar, utspridda över länet, eller större, centraliserade institutioner, borde närmare belysas såväl från synpunkten av vad som är lämpligast för klientelet som från företagsekonomiska utgångspunkter. Förvaltningsutskottet har i och för sig intet att erinra mot beredningens uppfattning att starka skäl talar för att landstingen står som huvudmän även för de skyddade verkstäderna i allmän regi och ej heller mot att verksamheten vid verkstäderna snarast bör bli föremål för utredning under medverkan av bl. a. företagsekonomisk expertis. Denna utredning bör dock företagas i kommunförbundens regi. Arbetsmarknadsstyrelsen bör givetvis medverka i utredningen, men ansvaret bör vila på huvudmännens samarbetsorgan.

Göteborgs och Bohus läns landstings förvaltningsutskott upplyser att landstinget redan gått in för att genom landstingsbidrag till inrättandet av

skyddade verkstäder animera kommunerna att regionvis åtaga sig uppgiften. Den större verksamhetens möjligheter till mera differentierad verksamhet måste enligt utskottets mening vägas mot klienteletts önskemål att få bo kvar i sina hem eller i varje fall så nära hemorten som möjligt.

Älvsborgs läns landstings sjukvårdsstyrelse anser det

ej lyckligt och ej heller nödvändigt att centralisera denna form av rehabiliteringsverksamhet (skyddade verkstäder). Det torde för övrigt ligga i primärkommunernas intresse att själva få driva skyddad verksamhet. Genom den blivande kommunindelningen tillskapas också större förutsättningar för att varje kommun anordnar sådan verksamhet. Gentemot det åberopade skälet, att man genom ett landstingsövertagande skulle kunna få större möjligheter att få till stånd en differentierad verksamhet med lämpliga arbetsobjekt samt en effektiv försäljningsapparat, kan anföras, att dessa synpunkter bör kunna tillgodoses genom medverkan från arbetsmarknadsmyndigheterna. Angeläget är emellertid, att den skyddade verksamheten utbygges, och för att stimulera till en sådan utbyggnad bör landstingen — i den mån det ekonomiska stödet från statens sida icke anses tillfyllest — medverka genom beviljande av lämpliga start- och driftbidrag, något som för närvarande förekommer inom härvarande landstingsområde.

Skaraborgs läns landstings förvaltningsutskott framhåller att

såsom ett särskilt betydelsefullt led inom den allmänna rehabiliteringsorganisationen har man inom härvarande län sett tillskapandet under medverkan av staten och landstinget av vissa i primärkommunal regi anordnade skyddade verkstäder för omhändertagande, sysselsättning och arbetsträning av partiellt arbetsföra. Dylika med betydande stats- och landstingsmedel understödda jämväl för de kringliggande landsbygdskommunerna avsedda verkstäder ha sålunda efter samråd med länsarbetsnämnden och landstinget ansetts böra anordnas i länets städer med undantag av Hjo. Vid dessa är verksamheten redan i gång eller under slutlig planering i Lidköping, Skara, Falköping och Skövde.

Värmlands läns landstings förvaltningsutskott anser

att — under förutsättning att statsbidragsfrågan ordnas tillfredsställande för den skyddade verksamheten — många skäl talar för att i kommun, där sådan verksamhet kan bedrivas, bästa resultat kan beräknas nås, om kommunen har ansvaret för densamma. Någon svårighet att nå samordning mellan arbetsvård, försäkringskassa, landsting och kommun med denna organisation torde inte behöva uppkomma.

Örebro läns landstings förvaltningsutskott delar

uppfattningen om en välbehövlig ökning av den skyddade verksamheten. Det synes utskottet betydelsefullt att denna verksamhet i största möjliga utsträckning kan uppläggas och drivas efter företagsekonomiska linjer. I Norge har man provat att låta de handikappades organisationer bilda särskilda aktiebolag med uppgift att driva skyddade verkstäder. Detta har tvingat huvudmännen för den skyddade verksamheten att se företagsekonomiskt på densamma. Utskottet finner det rimligt att denna syn på den skyddade verksamheten borde bli tillämplig även i vårt land. Därför vore det önskvärt att med den skyddade verksamheten sam-

manhängande problem mera ingående kunde undersökas, varvid alternativ med samma uppläggning som i Norge kunde övervägas.

Beredningen har uttalat sig för att man borde i skyddade verkstäder mottaga personer med mycket liten arbetsförmåga. Enligt utskottets uppfattning kan lämpligheten av att i samma skyddade verkstad mottaga personer med förhållandevis god arbetsförmåga tillsammans med personer med mycket obetydlig arbetsförmåga ifrågasättas. I denna sammanblandning av klientel kompliceras i hög grad frågan om ersättningen för utförda prestationer. Starka skäl kan därför anföras för att de skyddade verkstäderna förbehålles personer med relativt hygglig arbetsförmåga, medan man i särskilda verkstäder bereder sysselsättning åt personer med ringa arbetsförmåga, men där de humanitära skälen för att bereda sysselsättning är starkt uttalade. I varje fall så finns det fullgoda skäl att dessa spörsmål görs till föremål för ingående överväganden, innan en mera omfattande utbyggnad sker.

Arbetsvårdsnämnden i Västerås, vars yttrande inhämtats av Västmanlands läns landstings förvaltningsutskott, delar beredningens uppfattning om att landstingen och städerna utanför landstingen bör svara för organisationen och driften av de skyddade verkstäderna.

Landstingets rehabiliteringskommitté anser att CRB:s riktlinjer exempelvis i fråga om huvudmannaskapet för de skyddade verkstäderna utgör normalisering av en princip som sedan länge varit vägledande i Västmanlands län.

Kopparbergs läns landstings förvaltningsutskott ställer sig skeptiskt till förslaget att landstingen skall överta utbyggnaden av de skyddade verkstäderna.

Utskottet vill ifrågasätta om icke denna verksamhet mera, eller i varje fall oftast, är en angelägenhet som hör hemma på det rent sociala planet. Verksamheten omfattar sådana fall, som tidigare helt legat socialvården till last och som icke kunnat tänkas placeras i arbetslivet igen. Verksamheten gör visserligen nytta genom att detta klientel får sysselsättning på något sätt. Det kan dock ifrågasättas, om medicinska skäl motiverar ett överförande till landstingens huvudmannaskap av denna verksamhet.

Ett överförande av den skyddade verksamheten till landstingen och de landstingsfria städerna skulle betyda, att dessa övertog ansvaret för en del av primärkommunernas socialvård.

Gävleborgs läns landstings förvaltningsutskott delar beredningens synpunkter på betydelsen av betryggande medicinsk kontroll av bl. a. den skyddade verksamheten.

Västernorrlands läns landstings förvaltningsutskott har redan år 1961 accepterat tanken på landstingen som huvudmän för de skyddade verkstäderna, även om den inom länet igångsatta verksamheten har försökskaraktär.

Jämtlands läns landstings förvaltningsutskott kan ej godta beredningens uttalande att starka skäl talar för att landstingen bör svara för organisation och drift av de skyddade verkstäderna utan att en närmare utredning företas om kostnadsfrågor och om konsekvenser av en subventionerad verksamhet i konkurrens med den öppna marknaden.

Norrbottnens läns landstings förvaltningsutskott anför att en företagsekonomisk översyn av verkstadsdriften synes ävenledes välbetänkt.

Stockholms stads arbetsvårdschef framhåller att

den samordning beredningen förordar på länsplanet är utan tvekan behövlig. Betydande fördelar skulle kunna vinnas om t. ex. landstingen åtog sig huvudmannaskapet för de skyddade verkstäderna och om verkstadsenheterna sålunda kunde arbeta under gemensam administration och teknisk ledning.

Med hänsyn till utbildningstakten inte bara när det gäller arbetsvårdsinstitutioner utan t. ex. inom fångvården, ungdomsvårdsskolor, alkoholistanstalter m. fl. är en vidare samordning nödvändig, även om visst utrymme måste givas åt det enskilda initiativet och personliga insatser.

Malmö stads sjukvårdsstyrelse anser — som förut anförts — att ansträngningar också bör göras att med olika medel i hastig takt öka antalet ”skyddade” arbetsplatser, varigenom nu befintliga tränings- och prövningsinstitutioner skulle kunna befrias från ett tyngande sediment av ”skyddade” fall, för vilket de ej är avsedda, och bli mera aktiva i sin verksamhet.

Sjukvårdsstyrelsen i Göteborg, som ”funnit att såväl den medicinska som den arbetsvårdsmässiga rehabiliteringen bör sortera under sjukvårdsmyndigheter”, anser att om ”en person efter alla försök till rehabilitering icke kan återgå till produktivt arbete utan förblir partiellt arbetsför och som sådan behöver sysselsättas i skyddad verksamhet, är han icke längre ett rehabiliteringsfall utan ett försörjningsfall, varav följer att skyddade verkstäder och dylikt bör drivas av socialvårdsmyndighet och icke av sjukvårdsmyndighet. Denna bedömning synes ligga nära CRB:s”.

Göteborgs stadsfullmäktiges rehabiliteringsberedning avgav 1961 ett betänkande, varöver yttrande bl. a. infordrades från extra överläkaren Åke Stenram vid Sahlgrenska sjukhusets avdelning för fysikalisk terapi och rehabilitering. I detta yttrande, som översänts för kännedom av sjukvårdsstyrelsen, betonas att ”för att ett rehabiliteringsinstitut skall fungera, måste utskrivningsmöjligheter hela tiden finnas. Klienten skall ej behöva gå hemma och vänta i många månader på placering. För närvarande är behovet av skyddade verkstäder det mest kända”.

Dr Stenram anför vidare.

Skyddade verkstäder tillhör ej rehabiliteringsverksamheten och har ej behov av fortlöpande medicinsk övervakning. De bör därför ej ligga anslutna till denna utan — då klientelet ofta har svårigheter att ta sig fram med de offentliga kommunikationsmedlen — tvärtom fördelas över staden så att klienternas resor ej behöver bli så långa. Enligt engelska erfarenheter stannar många i 20—30 år på sådana verkstäder.

Svenska landskommunernas förbund vill särskilt

understryka beredningens uttalande att landstingen respektive städerna utanför landsting borde svara för organisationen och driften även av de skyddade verkstäderna i allmän regi, då de torde ha väsentligt större möjligheter än flertalet primärkommuner att få till stånd en differentierad verksamhet med lämpliga arbetsobjekt samt en effektiv försäljningsapparat. Vissa tecken tyder också på att utvecklingen går i denna riktning. Sålunda kan framhållas att hittills endast ett tiotal landskommuner och köpingar ställt sig som huvudmän för skyddade verkstäder. Det förefaller inte sannolikt att detta antal kommer att öka i den takt som det aktuella utbyggnadsbehovet påkallar. Även samordningen med rehabiliteringsorganisationen i övrigt skulle främjas av att samma huvudmän svarade för samtliga institutioner.

LO konstaterar att

beredningen har behandlat den skyddade verksamheten som om den utgjorde ett led i rehabiliteringsverksamheten. LO uppfattar den emellertid som ett av de placementsalternativ som står till förfogande sedan rehabiliteringen är genomförd, vilket inte hindrar att någon som erhåller sådan sysselsättning kan återgå till rehabilitering — eller gå ut på öppna marknaden — vid förändringar av hälsotillstånd och arbetskapacitet.

Arbetsmarknadsstyrelsen har sökt stimulera kommunerna att starta skyddade verkstäder och enskilda företag att inrätta s. k. halvskyddad verksamhet. En viss ökning av antalet arbetsplatser har också skett. Utbyggnaden har dock ännu icke nått så långt att behovet ens tillnärmelsevis är tillgodosett. LO finner det därför angeläget, att nya verkstäder kommer till stånd.

LO instämmer i beredningens förslag om en särskild utredning om den skyddade verksamheten. Därvid synes man också böra pröva om verksamheten inte — bl. a. med hänsyn till att de som sysselsätts där sannolikt kommer att upp bära socialförsäkringsförmåner samt det önskvärda i att reglerna för lön och arbetsvillkor blir enhetliga — kan organiseras och drivas av arbetsmarknadsmyndigheterna.

Svenska läkaresällskapet framhåller samma synpunkter som ovan anförts av Malmö stads sjukvårdsstyrelse.

Svenska läkaresällskapets sektion för åldersforskning framhåller att

insikten om behovet av ökad utbyggnad av skyddade verkstäder, vilka även kan komma till nytta för den överåriga arbetskraften, är glädjande. De skyddade verkstäderna skulle för övrigt kunna användas som ett slags arbetskraftsbank, varifrån

man skulle kunna taga de bästa arbetarna när de behövdes i öppna marknaden. Skyddade verkstäder kan kanske i gynnsamma fall även tänkas verka som ett slags sanatorier, där känsliga och klena arbetande så småningom förbättras i en normal, men skyddad arbetsmiljö.

Svenska industriläkarföreningen understryker att den skyddade verksamheten är starkt underdimensionerad och att den bör bli föremål för utredning av företagsekonomisk expertis. Föreningen betonar också att vi befinner oss

i en brytningstid där det privata företags sysselsättningsansvar för sina anställda börjar undergrävas av sociala reformer, som ekonomiskt belastar företagen till den grad att de börjar anse det självklart, att denna börda även bör medföra en avlastning av sysselsättningsansvaret till det allmänna. Genom undersökningar, som företagits i företag, vet vi att vi i dag kan räkna med ungefär 5 % av de anställda såsom varande så begränsat arbetsföra att de kan betraktas som skyddat sysselsatta inom företagen utan reell lönsamhet för desamma. En utveckling mot ökad rationalisering och ökad konkurrens kommer att medföra att sysselsättningsmöjligheterna för detta klientel kommer att beskåras mer och mer allt medan medelåldern inom befolkningen stiger och kanske höjer sysselsättningsbehovet för dylikt klientel. Samhället måste alltså bereda sig på att behovet av skyddade arbetsplatser kommer att stiga i mycket snabbare tempo än vad som för närvarande kan överblickas. Det är därför av utomordentlig vikt, att man i god tid planerar för denna utveckling genom framför allt ökade möjligheter till stimulansåtgärder till företagen att fortsätta att ta detta ansvar genom ekonomiskt stöd, åtgärder för stimulering av bioteknologiska åtgärder m. m.

SVCK instämmer i beredningens förslag om en utredning av verksamheten vid de skyddade verkstäderna under medverkan av företagsekonomisk expertis.

Samtidigt anser vi emellertid, att beredningen borde framhållit, att hela arbetsvårdsapparats funktion är intimt förbunden med att den fulla sysselsättningspolitiken kan upprätthållas och att alldeles särskilt den skyddade verksamheten är känslig för den allmänna efterfrågan på arbetskraft. Härvid bör enligt *SVCK*:s mening särskild uppmärksamhet riktas mot de problem, som skulle uppstå i arbetstillgången för den alltmer ökade skyddade verksamheten vid en även måttlig åtstramning på arbetsmarknaden.

De vanföras riksförbund betonar att det även inom den skyddade verksamheten bör finnas differentierade arbetsmöjligheter. "Verksamheten bör stå öppen för såväl manliga som kvinnliga arbetssökande. Förbundet vill understryka *CRB*:s uttalande att denna verksamhet bör stå till förfogande även för mycket gravt handikappade, vilka endast kan göra en ringa arbetsinsats."

I det sammanhanget framhålls också nödvändigheten av att finansieringsfrågan löses.

DVR instämmer vidare i förslaget att landstingen bör vara huvudmän för de skyddade verkstäderna.

De blindas förening erinrar om den hemarbetscentral med en omsättning på 4,5 milj. kr., som drivs av föreningen. I anslutning härtill framhålls att

det vore önskvärt att få fram nya lämpliga objekt för hemarbete. Detta har emellertid visat sig mycket svårt och det är allttjämt de gamla s. k. blindyrkena, borstbinderi och korgmakeri, som de flesta synskadade tvingas ägna sig åt. De blindas förening är väl medveten om, att möjligheterna att öka antalet verksamhetsgrenar borde ägnas ett intensivt studium. Emellertid saknar föreningen de ekonomiska och personella resurserna härför.

Föreningen framhåller också att

en kanske ännu alltför förbisedd fråga är, hur sysselsättnings- och terapiverksamheten för äldre och fysiskt mycket svaga synskadade skall organiseras. På detta område har mycket litet gjorts, ehuru den är av högsta angelägenhetsgrad om icke ur ekonomisk så dock ur humanitär synpunkt.

Handikapporganisationernas centralkommitté uttalar sin uppskattning för det arbete, som särskilt arbetsmarknadsstyrelsen utvecklat för den skyddade verksamhetens utbyggnad, och vill starkt understryka behovet av att denna utveckling erhåller ett alltmera ökat stöd. ”Vid planering av nya verkstäder — liksom vid utvidgning och ombyggnad av tidigare tillkomna sådana — bör bl. a. deras utrustning med tekniska anordningar för arbetets utförande och trivselanordningar av olika slag ägnas särskild uppmärksamhet. Anordningar i antydd riktning är starkt motiverade bl. a. av det skälet att ett växande antal av olika handikappgrupper i framtiden sannolikt blir starkt beroende av någon form av skyddad sysselsättning.”

I fråga om *arbetsanskaffningen till verkstäderna för handikappade* märks vidare följande uttalanden.

Arbetsmarknadsstyrelsen erinrar om att styrelsen sedan år 1957 medverkar med anskaffning av arbetsobjekt till verkstäder för handikappade. ”Denna verksamhet omfattade för år 1962 förmedlade anbud till ett värde av 3 595 422 kronor. Dessa anbud resulterade i order till ett sammanlagt belopp av 1 529 070 kronor. En fortsatt utbyggnad av den skyddade verksamheten kommer att kräva ökade insatser från styrelsen i detta viktiga avseende.”

Uppsala läns landstings hälso- och sjukvårdsstyrelse uttalar:

I fråga om anskaffningen av arbetsobjekt har CRB ansett det allt angelägnare att ägna ökad uppmärksamhet åt denna fråga och att en sådan samordning sker att inbördes konkurrens måtte förebyggas. Det kan härvid erinras om att sådana strävanden förekommit under en följd av år, varvid man tänkt sig att en central instans för arbetsanskaffning skulle inrättas. Frågan torde emellertid ha fallit på grund av ringa intresse från kommunförbundens sida. Sedermera har viss arbetsanskaffning skett i arbetsmarknadsstyrelsens regi. En dylik arbetsanskaffning kan vara värde-

full för verkstäder inom avlägsna landsdelar med små möjligheter att uppbringa arbetsuppgifter på hemorten. Därest något speciellt organ utöver vad som redan finnes anses böra inrättas för anskaffande av arbetsuppgifter, bör dock icke de verkstäder, som själva kan sörja för sin arbetsanskaffning, beskäras i sina möjligheter härvidlag.

Östergötlands läns landstings förvaltningsutskott delar beredningens synpunkter om att särskild uppmärksamhet bör ägnas anskaffning av lämpliga arbetsobjekt och försäljning av färdiga produkter samt att inbördes konkurrens verkstäderna emellan så långt möjligt förebygges.

Göteborgs och Bohus läns landstings förvaltningsutskott har redan tidigare efterlyst en riksorganisation för anskaffande av lämpliga arbetsobjekt, försäljning och inköp. Kan en sådan riksorganisation inte komma till stånd, torde möjligheterna att förse verkstäderna med lämpliga arbetsobjekt och att göra dem så långt möjligt självbärande vara större, om det finns ett direkt ortsintresse bakom verksamheten.

Kopparbergs läns landstings förvaltningsutskott kan icke tillstyrka förslaget att samordna arbetsanskaffningen till verkstäderna. Denna tanke är icke ny utan har diskuterats vid konferenser med företrädare för arbets träningsverkstäderna redan för många år sedan och rönt då motstånd, och utskottet anser, att förslaget icke heller nu bör leda till någon samfällid åtgärd. Det gäller för en verkstad att ha goda kontakter med bygdens och länets industrier, och det fordras mycket av personligt initiativ och personliga kontakter för att klara samarbetet. Det fordras med andra ord små avstånd för att ibland kunna lägga till rätta och lämna förklaringar. Det stora intresse som nu finns för denna verksamhet från länets industrier och företagare har visat sig i täta besök på arbetsträningsverkstaden, "vår verkstad", och i beredvillighet att anställa från verkstaden utskrivna personer. Detta intresse tror inte utskottet kan upprätthållas, om vederbörande vet att en eventuell beställning skall gå till en annan verkstad kanske i ett annat län. En central arbetsanskaffning skulle väl även komma att kräva en betydande central organisation, vilket allt förefaller utskottet onödigt.

Stockholms stads arbetsvårdschef anser att icke minst viktigt är att anskaffningen av arbetsobjekt samordnas och att osund konkurrens om arbetsuppgifter elimineras.

Beredande av arbete

Promemorian

Målet för rehabiliteringen är att den så vitt möjligt på längre eller kortare sikt skall leda fram till arbete på den öppna marknaden under socialt och ekonomiskt tillfredsställande förhållanden. Att en återgång till arbetslivet bedömes som oviss eller osannolik får icke föranleda att man avstår från rehabiliteringsåtgärder. Kravet på anpassning till den öppna marknadens

arbetsförhållanden får icke heller medföra att patienterna under arbetsträning eller i skyddad verksamhet pressas till större arbetsinsatser än som är lämpligt med hänsyn till deras hälsotillstånd.

Av psykologiska skäl är det av stor betydelse att patienten bibringas en så vitt möjligt klar uppfattning om sin situation och om utsikterna till full rehabilitering. För att ett misslyckande med beredande av arbete i den öppna marknaden inte skall inge honom en känsla av att hans ansträngningar varit förgäves, utgör tillgång till skyddad verksamhet ett oumbärligt alternativ.

Såväl enskilda som offentliga arbetsgivare liksom även arbetstagarna måste känna sitt ansvar för och aktivt medverka till att personer med handikapp ej diskrimineras i arbetslivet. Avskaffande av övre åldersgränser för utbildning och anställning, ökade möjligheter till deltidsanställning, utnyttjande av bioteknologiska åtgärder i arbetsunderlättande syfte samt vidgad förståelse för det humanitära och samhällsekonomiska värdet av att även handikappades produktiva förmåga tillvaratages, utgör viktiga led vid realiserandet av den uppställda målsättningen. Den ofta deklarerade positiva inställningen i dessa hänseenden måste mer än hittills också ta sig uttryck i praktiskt handlande, såväl på det statliga och kommunala området som inom det enskilda näringslivet.

Remissyttrandena

Arbetsmarknadsutredningen förordar att särskild uppmärksamhet bör ägnas de rehabiliterande åtgärder som vidtagits inom näringslivet i form av konvalescentverkstäder eller i form av individuell återanpassning av handikappade i arbete.

Uppsala läns landstings hälso- och sjukvårdsstyrelse betonar att en bearbetning av arbetsmarknaden på ett annat sätt än nu torde vara ofrånkomlig för att en effektiv arbetsplacering skall komma till stånd och en sådan bearbetning måste ske genom särskild personal. Vidare borde övervägas om icke enskilda arbetsgivare, villiga att anställa partiellt arbetsföra, av allmänna medel kunde erhålla viss kompensation för den enskildes bristande prestationer såsom redan nu sker vid de halvskyddade verkstäderna. Kostnaderna härför skulle sannolikt bli lägre än en utbyggnad av skyddade verkstäder i landstingens regi. Sådana subventioner skulle sannolikt också i stor utsträckning uppvägas av skatteintäkter. Dylika placeringar borde administreras och övervakas av arbetsvårdsexpeditiöerna.

Förvaltningsutskottet i Jönköpings och Kristianstads läns landsting biträder beredningens förslag om avskaffande av övre åldersgränser vid anställning. Sistnämnda utskott uttalar även sin tillfredsställelse över att beredningen förordat ökade möjligheter till deltidsanställning för de handikappade.

Västernorrlands läns landstings förvaltningsutskott framhåller önskvärdheten av att parterna på arbetsmarknaden i högre grad uppmärksammar betydelsen av rehabiliteringsverksamheten och anser att en sådan ökad uppmärksamhet och förståelse borde resultera i bl. a. vidgade möjligheter till arbetsplacering av handikappade personer inom den öppna arbetsmarknaden.

Jämtlands läns landstings förvaltningsutskott finner sig i "princip kunna ansluta sig till att personer med handikapp ej bör vara diskriminerade på arbetsmarknaden. Här borde staten föregå med ett bättre exempel än vad som hittills varit fallet".

Svenska industriläkarföreningen anför följande.

Alltför ofta har industriläkarna märkt hur genom arbetsförmedlingen helt orealistiska dirigeringar av handikappat klientel sker. Då svårigheter att skaffa lämpligt arbete hopar sig, söker man till synes i desperation skaffa arbete var det kan bjudas utan medicinska förundersökningar, ja det förekommer till och med att svårt begränsat arbetsföra själva söker helt orealistiska arbeten, där de vid förfrågan förklarar att de själva är ytterst tveksamma, men inte vill visa sig ovilliga gentemot arbetsförmedlingarnas tryck.

Sammaledes är förhållandet vad gäller arbetssökande efter omskolningskurser. Det förefaller nästan som om valet av omskolningsalternativ på respektive institut vore modeinriktade och många gånger utan överensstämmelse med arbetstillfällena inom den råjong, där de omskolade har att söka sysselsättning. Sålunda uppleves ofta att individer som genomgått omskolning redan strax efter kursens genomförande uppträder på den allmänna arbetsmarknaden fullständigt på egen hand med önskemål om helt andra arbeten, som många gånger står i uppenbar diskrepans till fysisk och psykisk arbetsförmåga och som inte alls är av den karaktär, vartill omskolningen syftade. Man får ett intryck av att det förhållandet, att medicinska, arbetsmarknadsmässiga och sociala organ arbetar så litet integrerat, innebär att alla dessa dyrbara insatser riskerar att ske slumpmässigt och utan samordning. Man misstänker framför allt att uppföljningen till det sista steget ut till den nya arbetssituationen saknas, och att individen blir utsatt för ett alltför snabbt avbrott i den kedja av insatser, som dock har sin viktigaste länk här i det produktiva arbetet.

Föreningen framhåller vidare att en inventering bör ske av vilka möjligheter som finns inom servicenäringar, statliga och kommunala tjänster osv., där för närvarande fullt friska individer av tradition besätter uppgifter, som kanske likaväl skulle kunna skötas av partiellt arbetsföra, som ej kan ges sysselsättning inom industriell verksamhet.

De vanföras riksförbund betonar att arbetsvärden bör ges ökade resurser för arbetsförmedling till handikappade arbetssökande. Till arbetsförmedlingarna bör knytas arbetsledare med erfarenhet av dagens näringsliv och med möjlighet att taga direktkontakt med företagen. Det är till fördel om arbetsförmedlarna har kompetens att på arbetsplatsen välja ut

arbetsuppgifter, som kan tänkas kunna fullföljas av de handikappade. I Norge tillämpas motsvarande system med gott resultat. Ofta känner företags- och arbetsledare icke till de handikappades möjligheter; att de — efter mindre ändring av arbetsredskap eller arbetsrutin — kan utföra ett fullgott arbete. På den statliga sidan föreslår DVR att statens nämnd för partiellt arbetsföra ges förutsättningar att bevaka arbetsmöjligheter för handikappade på den statliga sektorn av arbetsmarknaden. För informationsverksamheten på detta område bör AMS få ökade resurser. AMS bör beredas möjlighet att även ekonomiskt stödja den informationsverksamhet som bedrivs av handikapporganisationerna.

Uppföljande rehabiliteringsverksamhet och efterkontroll

Promemorian

Det är med hänsyn till såväl rehabiliteringen i det enskilda fallet som för forskningen rörande rehabiliteringstekniken och dess effektivitet i hög grad angeläget att en uppföljning sker av rehabiliteringsfallen. I många fall torde i själva verket viss kontakt böra hållas med klienter under åtskilliga år efter återgång till arbete i öppna marknaden. Det kan sålunda vara nödvändigt att från tid till annan ingripa och tillrättalägga olika förhållanden för att rehabiliteringsresultaten skall bli bestående. Inte minst gäller detta de psykiskt eller socialt handikappade. När efterkontroll läggs upp i forskningssyfte är det av största värde att resultaten sammanställs, så att de så snart som möjligt kan tillgodogöras vid utbyggandet av organisationen och uppläggningsen av dess verksamhet. Härvid bör även klienternas egen syn på de vidtagna åtgärderna och deras betydelse komma till uttryck. Undersökningar av detta slag bör förberedas omsorgsfullt under medverkan av socialmedicinska och sociologiska institutioner för att en allsidig belysning av förhållandena skall erhållas.

Remissyttrandena

Utöver vad som anförts av bl. a. *Svenska industriläkarföreningen* (jämför kapitel 3) har särskilda uttalanden beträffande frågan om uppföljande rehabiliteringsverksamhet och efterkontroll endast gjorts av ett par remissorgan.

Sålunda framhåller *styrelsen för Svenska landstingsförbundet* att en grundförutsättning för förverkligandet av den allmänna målsättningen i CRB:s betänkande är "att de i olika hänseenden handikappade följas upp även efter avslutandet av den på sjukdomen mera direkt inriktade medicinska behandlingen genom åtgärder fram till dess personen ifråga funktionsmässigt återanpassats i sin sociala miljö. För att så skall kunna ske kräves vid sidan om den reguljära sjukvården, även den inriktad på rehabilitering, också speciella rehabiliteringsresurser".

De vanföras riksförbund anser det angeläget "att även arbetsmarknadsstyrelsen genom efterkontroll kartlägger resultatet av verksamheten och kompletterar behovet av åtgärder".

Näringshjälp

Promemorian

I promemorian har föreslagits en fördubbling av maximibeloppet för bidrag i form av näringshjälp till 10 000 kronor.

I detta sammanhang erinras om angelägenheten av att inom ramen för näringshjälpen även beviljas bidrag för anskaffande av maskinella och andra lämpliga hjälpmedel åt handikappade husmödrar vid hushållsarbete, då skäl ej synes föreligga att genom olika behandling i bidragshänseende skilja hushållsarbete från annan yrkesutövning.

Remissyttrandena

Förslaget om fördubbling av maximibeloppet för näringshjälp har ej mött invändningar från remissinstanserna. Förslaget om att näringshjälp bör utgå även för anskaffande av hjälpmedel vid hushållsarbete tillstyrks också i flertalet uttalanden i denna fråga.

Arbetsmarknadsstyrelsen anser att det synes

väl motiverat, att husmodern jämställs med andra yrkesutövare och hennes arbetsinsats med annan självständig verksamhet. Därav följer enligt styrelsens mening, att bidrag till de arbetsfrämjande hjälpmedel, som kan underlätta hennes yrkesutövning, bör utgå från styrelsens anslag för näringshjälp. En VPM med förslag härom överlämnades av styrelsen till socialdepartementet för 3 år sedan, nämligen den 28 mars 1960. Styrelsen hälsar därför med tillfredsställelse, om denna fråga nu kunde lösas.

Även *Jönköpings läns landstings sjukvårdsstyrelse* och *Örebro läns landstings förvaltningsutskott* anser att näringshjälp bör utgå för anskaffande av hjälpmedel för hushållsarbete.

Kristianstads läns landstings förvaltningsutskott anser att betydelsen av noggrann prövning av de personliga förutsättningarna för att näringshjälpen skall bli till verklig nytta borde ha understrukits kraftigare i promemorian.

Hallands läns landstings förvaltningsutskott, som tillstyrkt höjning av maximibeloppet för näringshjälp, anser att landstingen bör få koncentrera sig på att driva institutionerna inom rehabiliteringsverksamheten och icke nödgas ägna sig åt individuell bidragsgivning, där

resurser för prövning och bedömning givetvis icke kan bli lika goda som de är inom de organ, som specialiserat sig på dylikt arbete.

Stockholms stads arbetsvårdschef anser det beträffande bidrag till husmödrar för anskaffning av hjälpmedel kunna ifrågasättas

om kostnaderna för dylika hjälpmedel ej kunde bestridas av statsmedel till fulla kostnaden på samma sätt som den vid 1962 års riksdag beslutade bidragsgivningen utan behovsprövning för ortopediska hjälpmedel med högst 400 kronor. För sådant fall torde ett tillräckligt anslag i annan form beviljas för mera kostnadskrävande apparater eller maskiner.

Såväl *SVCK* som *Kvinnoorganisationernas stiftelse till stöd åt handikappade husmödrar* uttalar sig för förslaget om näringshjälp för anskaffande av hjälpmedel i hushållsarbete.

De vanföras riksförbund behandlar särskilt den administrativa handläggningen av näringshjälpsärenden.

För att näringshjälpsärende skall slutföras erfordras att minst *tre* och oftast flera instanser skall utreda ärendena och fatta beslut angående desamma. Handläggningstiden förlängs i sådana fall ytterligare genom att de olika instanserna kommer till skilda beslut och ärendet måste tagas upp till omprövning. En handläggningstid på mellan 6 månader och 1 år är icke ovanlig. Den nuvarande ordningen vad det gäller näringshjälpen är sålunda administrativt krånglig och kostsam. Det allvarligaste är mellertid att den hjälpsökande icke slutgiltigt kan arbetsplaceras på grund av att en lönande rörelse under väntetiden försålts till mera köpkraftiga personer eller att ett ledigt arbete lämnas till annan sökande, som snabbarare kunnat antaga tjänsten. Näringshjälpsbidraget bör administreras under sådana former att det kan utnyttjas just i det ögonblick, då arbete kan anskaffas åt arbetssökande. Det sätt, som för närvarande tillämpas vid behandling av näringshjälpsbidrag, förutsätter en samverkan mellan länsarbetsnämnd, kommun och landsting och kräver sålunda en samstämmighet i besluten. Den arbetsmässiga rehabiliteringen är i väsentlig grad en fråga, som bör handläggas av det för arbetsmarknadsfrågorna ansvariga verket anser DVR. Arbetsmarknadsstyrelsen och länsarbetsnämnderna har också den för arbetsvårdande uppgifter disponibla och kvalificerade personalen. För att arbetsmarknadsorganen skall kunna ingripa med sysselsättningsfrämjande åtgärder för handikappade lika snabbt som för andra arbetssökande är det nödvändigt att arbetsmarknadsstyrelsen kan anvisa medel till hela kostnaden för startande av rörelse och inköp av invalidfordon. Om en maximering av bidragsgränsen anses nödvändig bör den höjas till minst 12 000 kronor.

Beredningen föreslår att näringshjälpsbidraget även skall kunna användas till anskaffande av maskinella och andra tekniska hjälpmedel åt handikappade husmödrar. Bidrag här till utgår f. n. ur det statsbidrag, som DVR förfogar över för bidrag till tekniska hjälpmedel för handikappade. Såvitt vi kunnat erfara har inga anmärkningar rests mot det sätt och de bedömningar förbundet hittills tillämpat vid sin behovsprövning av ett sökt hjälpmedel. Om kontrollen inom en ideell organisation icke kan utövas på samma sätt som sker inom ett statligt ämbetsverk, finnes ändock så mycket som talar för att denna bidragsverksamhet även i fortsättningen kan anförtros organisationerna. Förbundet är berett att även framgent handha denna bidragsverksamhet. DVR vill understryka angelägenheten av att

handläggningen sker på ett smidigt sätt. Om det kommer att krävas att en bidrags-sökande skall infinna sig för en tids arbetsträning vid träningslägenhet — vilket har hänt — för att hjälpmedel skall erhållas, kan man befara att de invalidiserade husmödrar, som har det största behovet av hjälpredskapen, icke söker bidrag.

Förbundet har i anslutning till remissbehandlingen av medicinalstyrelsens PM om utvidgad bidragsrätt till ortopediska hjälpmedel (förbundets skrivelse 15/9 1959) aktualiserat frågan om bidrag till anskaffande av bil även för icke yrkes-utövande rörelsehindrade. DVR instämde i medicinalstyrelsens förslag att person, som av ortopedisk läkare ordinerats motordriven vagn, skulle kunna få utnyttja bidragsbeloppet för inköp av bil. Den motordrivna vagnen är trots allt på grund av sin konstruktion synnerligen olämplig för sitt ändamål. Som förbundet ovan anfört bör bilen betraktas som ett medicinskt betingat hjälpmedel för rörelsehindrade.

Handikapporganisationernas centralkommitté anser att näringshjälpen ur olika synpunkter bör underkastas en översyn, då denna verksamhet i alltför hög grad koncentrerats till t. ex. kiosker och tobakshandel, som inte alltid är lämpliga arbetsområden. Slutligen bör — där personella och andra förutsättningar för en lyckad etablering är gynnsamma — bidragen till startkostnader utmätas efter mer liberala principer än som hittills ofta tillämpats.

Beträffande bidrag till inköp av invalidbilar anser centralkommittén

att det rent medicinska behovet att häva ett rörelsehinder skall vara avgörande. I de fall då — på grund av särskilda krav på invalidbilens utformning — statsbidraget ensamt inte räcker till, händer det för övrigt inte sällan att bidrag från landsting eller kommun uteblir. Den tredubbla finansieringen vållar i många fall en tidsödande och besvärlig handläggning av hithörande ärenden. Vi menar därför att, trots den förbättring som erhållits, en fortsatt översyn av denna hjälpform är i hög grad behövlig.

För vissa rörelsehindrade invalider, som inte är i behov av särskilt utformade invalidbilar, kan användning av taxibilar utgöra ett lämpligt och i flera fall billigare alternativ. Frågan om mera allmänt utgående ersättning till taxiresor för sådana rörelsehindrade synes därför förtjäna att noga övervägas.

Medicinsk-tekniska hjälpmedel m m

Promemorian

För många sjuka och handikappade föreligger behov av speciella medicinsk-tekniska hjälpmedel och andra särskilda resurser. Ofta är sådana en förutsättning för att en återgång till normalt samhällsliv skall vara möjlig. En omfattande klinisk och teknisk forskning ställer ständigt nya och förbättrade hjälpmedel av detta slag till förfogande.

Förutom medicinsk-tekniska hjälpmedel är ett stort antal handikappade liksom även åldringar i behov av särskilda anordningar och redskap såväl för det dagliga livets aktiviteter — intagandet av mat och dryck, personlig

hygien, rekreation — som för utförandet av olika arbetsuppgifter i och utanför hemmet. I många fall är det här fråga om speciellt för dem konstruerade hjälpmedel (specialanordningar i toilett- och badrum, lyftapparater, läsapparater etc.). I andra fall kan det gälla tekniska standardartiklar, som just för de handikappade kan spela en avgörande roll i deras verksamhet, medan deras ekonomiska möjligheter att skaffa dem ofta är mindre än andras.

Här framhålles den viktiga uppgift på detta område som Svenska vanförevårdens centralkommitté (SVCK) haft och de stora insatser denna organisation under många år gjort när det gällt att utveckla tekniska hjälpmedel för rörelsehindrade samt att sprida information om och underlätta produktion och distribution av olika hjälpmedel för handikappade. I fråga om hjälpmedel även för andra handikappade erinras om det samarbete, som pågår mellan olika organisationer samt tekniska och medicinska centra. Det understrykes emellertid att mycket stora behov föreligger av en ytterligare utbyggd forskning på hithörande områden.

I fortsättningen erinras om 1962 års riksdagsbeslut i anledning av proposition nr 82 angående bidrag till ortopediska hjälpmedel och hörapparater m. m., enligt vilket bidrag utan ekonomisk behovsprövning utgår med hela kostnaden för ortopediska hjälpmedel samt med högst 400 kronor för hörapparater.

I promemorian förutsattes att de speciella behoven av sådana hjälpmedel för även andra grupper av handikappade än de rörelsehindrade kommer att uppmärksammas av 1961 års sjukförsäkringsutredning som — i anslutning till vad statsutskottet därom närmare anfört i sitt utlåtande nr 109/1962 — fått i uppdrag att utreda frågan om vidgad bidragsgivning för medicinsk-tekniska hjälpmedel.

Sedan några år har ett visst belopp — för budgetåret 1962/63 300 000 kronor — ställts till De vanföras riksförbunds förfogande för bidrag till inköp och distribution av hjälpmedel för underlättande av den dagliga livsföringen för rörelsehindrade och andra handikappade ävensom hjälpmedel för handikappade husmödrar. Av detta belopp lämnas bidrag till husmödrar till hjälpmedel såväl för den dagliga livsföringen som för hushållsarbetet. Som framgår av vad som anförts i promemorian om s. k. näringshjälp har beredningen ansett att bidrag till maskinella och andra hjälpmedel åt handikappade husmödrar för hushållsarbete bör utgå inom ramen för denna hjälp.

Den principiella frågan i vilken utsträckning handikappade, utöver eventuell pension, bör erhålla hjälp in natura genom att olika hjälpmedel tillhandahålles dem kostnadsfritt anges tillhöra de frågor, som torde behandlas av socialpolitiska kommittén. Med hänsyn härtill och till förenämnda utredningsuppdrag åt 1961 års sjukförsäkringsutredning har beredningen inte ansett sig böra i promemorian gå närmare in på spørsmålet om vilka hjälpmedel, som bör tillhandahållas kostnadsfritt, och i vilken ordning

detta bör ske. Det förutsättes emellertid att verksamheten skall utvidgas väsentligt. För tillhandahållande av hjälpmedlen anses en decentraliserad organisation böra eftersträvas, eventuellt med tillämpning av principer, likartade med dem som nu tillämpas i fråga om ortopediska hjälpmedel.

För valet av hjälpmedel samt för det rätta utnyttjandet därav fordras i regel en utprovning i samråd med experter på området samt speciell instruktions- och övningsverksamhet. I dessa avseenden har det hittills ofta brustit, varigenom hjälpmedlen ej alltid blivit till avsedd nytta. I den mån verksamhet av denna art inte behöver bedrivas vid mycket specialiserade institutioner eller i omedelbar anknytning till klinisk specialistverksamhet och forskning, torde rehabiliteringsklinikerna här ha en viktig uppgift. I fråga om vissa tekniska hjälpmedel torde detta även gälla arbetsvårdsinstitutionerna.

Remissyttrandena

Arbetsmarknadsstyrelsen framhåller att frågan om tekniska hjälpmedel måste ägnas ökad uppmärksamhet.

Hallands läns landstings förvaltningsutskott anser att

det torde vara önskvärt att SVCK tillförsäkras en fastare ekonomisk grund för sitt forsknings- och utvecklingsarbete rörande tekniska hjälpmedel o. dyl. Förvaltningsutskottet vill i detta sammanhang — där 1961 års sjukförsäkringsutrednings uppdrag att behandla bidragsgivningen till medicinsk-tekniska hjälpmedel även berörts — aktualisera ett annat problem. Till de hjälpmedel, som kan möjliggöra för sjuka människor att trots sina sjukdomar utföra en produktiv insats, hör olika slag av läkemedel, av vilka långt ifrån alla tillhör den kategori, som tillhandahålles kostnadsfritt. Det bör från rehabiliteringssynpunkt eftersträvas en ordning för kraftig rabatterning av dylika läkemedel och deras snabba uppförande på förteckningen över kostnadsfria läkemedel, i de fall de är särskilt kostnadskrävande.

Förvaltningsutskotten i Jämtlands och Västerbottens läns landsting understryker vikten av en vidgad bidragsgivning av statsmedel för medicinska och ortopediska hjälpmedel till handikappade.

Föreningen Sveriges arbetsterapeuter noterar med tillfredsställelse "förslaget om inrättande av ingenjörs- och teknikertjänster, vilket skulle öka möjligheterna att anpassa tekniska hjälpmedel för den enskildes behov på ett bättre sätt än vad nu är fallet. I detta sammanhang vill vi understryka behovet av ökade statsbidrag för tekniska hjälpmedel att gälla i samma omfattning som för ortopediska hjälpmedel".

Stockholms stads arbetsvårdschef har, som tidigare nämnts under Näringshjälp, tagit upp frågan om bidragsgivningen för ortopediska hjälpmedel m. m. inte skulle kunna omfatta även hjälpmedel för hushållsarbete. Un-

der samma avsnitt har även refererats ett uttalande av DVR, som i anslutning till remissbehandlingen av medicinalstyrelsens PM om utvidgad bidragsrätt till ortopediska hjälpmedel aktualiserat frågan om bidrag till anskaffande av bil även för icke yrkesutövande rörelsehindrade.

De vanförsas riksförbund uttalar vidare:

Beredningen förutsätter att de utredningar, som pågår rörande vidgad bidragsverksamhet för medicinsk-tekniska hjälpmedel, skall uppmärksamma behovet av hjälpmedel även för andra grupper än rörelsehindrade. De statsbidrag, som DVR administrerar, avser bidragsverksamhet även till andra handikappade än vanföra. Fördelningen av anslaget sker också i samråd med andra handikapporganisationer. För de rörelsehandikappade har det varit av mycket stor betydelse att hjälpmedel kunnat erhållas under administrativt enkla former. Förbundet har kunnat hjälpa handikappade, som man har kommit i kontakt med genom dess distriktsombuds- män eller på annat sätt, till hjälpmedel som underlättat deras livsföring eller vården av dem. Ungdomar, som på grund av sina rörelsehandikapp och talsvårigheter (t. ex. cp-barn) behöver bandspelare för inlärning av språk, har kunnat låna sådana. I många fall har just denna bidragsmöjlighet givit förbundet tillfälle att få kontakt med vanföra, som icke på andra vägar velat söka hjälp. Denna kontakt har i många fall till följd att förbundet även kunnat hjälpa dem ur den isolering de lever i och gjort dem intresserade för andra rehabiliteringsåtgärder. Även om man framgent finner det ändamålsenligt att tekniska hjälpmedel tillhandahålles genom rehabiliteringskliniker, anser förbundet det angeläget att DVR eller annan instans har medel till förfogande för en här antydd individuell hjälp.

SVCK betonar att ökad uppmärksamhet bör ägnas frågan om tekniska hjälpmedel — även på arbetsplatserna — såväl avseende deras konstruktion som kostnadsfri distribution.

Kvinnoorganisationernas stiftelse till stöd åt handikappade husmödrar har, såsom tidigare refererats, betonat att en väsentlig uppgift för verksamheten vid en träningslägenhet är att utprova lämpliga tekniska hjälpmedel och att lära den handikappade att använda dessa.

Vid sidan av de fasta anläggningar av olika slag, som kommer att finnas i ett utbyggt rehabiliteringssystem, bör också förutsättningar skapas för en ambulerande demonstrationsverksamhet av tekniska hjälpmedel. Denna synpunkt har bekräftats genom stiftelsens egen verksamhet.

Liksom beredningen anser stiftelsen att en decentraliserad organisation bör eftersträvas när det gäller att tillhandahålla medicinsk-tekniska hjälpmedel och även hjälpmedel för daglig livsföring med tillämpning av principer, likartade med dem som nu gäller i fråga om ortopediska hjälpmedel.

De blindas förening anser att

distributionen av de tekniska hjälpmedlen snarast bör tagas upp till diskussion. De blindas förenings försäljningsaktiebolag förmedlade under fjolåret tekniska hjälpmedel till blinda för cirka 500 000 kronor. Den torde därför vara en av de största

distributörerna av tekniska hjälpmedel för handikappade, om man bortser från sjukhusens distribution av proteser och dylikt. Det finns därför anledning att diskutera, vem som inom ramen för en rehabiliteringsorganisation bör handha dessa uppgifter.

Kommentar till kapitlet om de olika leden i rehabiliteringsverksamheten

Akutsjukvård

De remissinstanser, som närmare berört rehabiliteringens roll på akutsjukvårdsstadiet, har — liksom i kapitel 6 — understrukit betydelsen av att inriktning på rehabilitering sker redan på ett tidigt stadium och att akutsjukvården redan från början måste sikta mot en återinpassning i arbets- och samhällsliv och icke enbart mot en framgångsrik kurativ vård. Ehuru den medicinska rehabiliteringen i denna mening i princip icke är någon nyhet inom den svenska sjukvården, torde — som DVR framhåller — dock för närvarande i regel icke ske någon kontinuerlig bevakning av patienternas rehabiliteringsbehov. CRB delar uppfattningen att det även inom akutsjukvården bör ingå i rutinen vid utskrivning av patienter att kontrollera att inga sociala eller andra hinder — t. ex. arbetskrav, som de icke kan uppfylla — försvårar återgången till normala levnadsbetingelser. En sådan kontroll bör i varje fall ske beträffande alla de fall där speciella problem kan tänkas föreligga. I förekommande fall bör samråd ske med rehabiliteringsklinik eller socialmedicinsk avdelning, där sådana finns, om de åtgärder, som kan erfordras och hur de skall komma till stånd. CRB vill även understryka att behov av ytterligare hjälp även efter utskrivningen måste tillgodoses på ett sätt, som tillfredsställer kravet på en god samordning mellan slutet och öppen vård. Också här har rehabiliteringskliniker och socialmedicinska avdelningar ofta sina särskilda uppgifter vid sidan av eller som komplement till övriga vårdresurser.

Eftersjukvård

Bland remissinstanserna synes enighet råda om att behov föreligger av en mera aktiv och systematisk eftervård, inriktad på återanpassning till arbetslivet och normala levnadsbetingelser, samt att de allmänna rehabiliteringsklinikerna härvid torde erbjuda den bästa vårdformen för ett stort antal fall. Enighet synes även råda om behovet av träningslägenheter för ADL-träning inom klinikernas ram. Till behovet av speciella rehabiliteringsresurser för vissa specialiteter avser beredningen att återkomma efter ytterligare utredning.

En av de särskilda frågor som tagits upp i remissbehandlingen är, om

särskild vårdavdelning med sängplatser skall anses erforderlig vid de allmänna rehabiliteringsklinikerna. Att så är fallet anser CRB vara markerat redan genom att beteckningen "klinik" använts. De erfarenheter som gjorts synes klart visa att ett behov av vårdplatser föreligger vid klinikerna. Frågan har behandlats i ett tidigare sammanhang. I motsats härtill torde — såvitt hittills kunnat bedömas — de socialmedicinska avdelningarna, som förutsättes komma att samarbeta med rehabiliteringsklinikerna, icke behöva egen vårdavdelning inom sjukhusen.

CRB vill starkt understryka vad Svenska föreningen för psykisk hälsovård anfört om psykoterapins uppgifter när det gäller fysisk och psykisk återanpassning inom eftersjukvården. Nödvändigheten av tillgång till psykiatrisk och psykologisk sakkunskap inom rehabiliteringsverksamheten har ju också framhållits i CRB:s promemoria. I ett i december 1963 avgivet yttrande till arbetsmarknadsstyrelsens prognosinstitut har CRB bl. a. påpekat att vid institutets beräkningar av psykologbehovet hänsyn också måste tagas till behovet av kliniska psykologer vid de allmänna rehabiliteringsklinikerna.

CRB delar slutligen DVR:s uppfattning att man måste räkna med att eftervården för en del patienter måste pågå livet ut. Beredningen vill dock framhålla att detta icke enbart gäller fysiskt sjuka och handikappade utan även psykiskt och socialt handikappade. Som anförts ovan i avsnittet om akutsjukvården bör enligt CRB:s mening behovet av sådana eftervårdande åtgärder tillgodoses i samordning med rehabiliteringsklinikernas och de socialmedicinska avdelningarnas verksamhet. Med rådande personalbrist kommer utbyggnaden av erforderlig fältverksamhet tyvärr att gå alltför långsamt. Det är sålunda värt allt erkännande att — som på sina håll skett — tjänster inrättats för exempelvis distriktsgymnaster, men praktiskt till föga gagn, så länge personalsituationen är sådan att dylika tjänster endast undantagsvis går att besätta.

Långtidssjukvård

De remissinstanser, som yttrat sig rörande rehabiliteringen inom långtidssjukvården, biträder uppfattningen att särskilda former härför bör stå till förfogande för såväl fysisk som psykisk långtidssjukvård. Särskilt inom denna vårdgren kan stora insatser göras såväl för individen som för samhället genom ADL-träning och annan effektiv rehabilitering både inom och utom den institutionella vården. För att detta skall kunna ske fordras framför allt tillgång till väsentligt ökade personalresurser, såsom läkare, psykologer, socialarbetare, sjukgymnaster och arbetsterapeuter. Inte minst ADL-programmet ställer anspråk på god tillgång till biträdande personal, då rehabiliteringsåtgärderna just inom långtidssjukvården är speciellt tids-

krävande. CRB kan helt instämma i allt vad som här anförts av remissinstanserna.

Arbetsprövning

Den fråga, som föranlett mest diskussion i anslutning till CRB:s PM, är arbetsprövningens innebörd, uppgifter och placering inom rehabiliteringsorganisationen. Hithörande frågor har — som framgår av de ovan återgivna remissyttrandena — ingående behandlats av flertalet remissinstanser, varvid olika meningar kommit till uttryck. Skiljaktigheterna i uppfattning synes delvis bottna i att begreppet arbetsprövning i dag icke har en av alla accepterad entydig innebörd, även om man i stor utsträckning använder sig av likartade definitioner. De olika tolkningarna av begreppet — och därmed de olika ställningstagandena i organisationsfrågorna — torde bl. a. böra ses mot bakgrund av den historiska utvecklingen. I vårt land liksom på många andra håll har ju rehabiliteringsverksamheten länge betraktats såsom praktiskt taget helt hörande till den sociala sektorn. Det är inom denna utbyggnaden av organisationen påbörjats och det är inom denna som det statliga stödet i form av olika slag av bidrag såväl till institutionerna som till klienterna fått sin tyngdpunkt. Det är då naturligt att även arbetsprövningen främst setts som en prövning från rent yrkestekniska aspekter. I och med att den medicinska sidan av rehabiliteringen alltmera beaktats och särskilda metoder för uppträning och konditionsförbättring samt för kapacitetsbedömning utformats, har visserligen accepterats att beteckningen arbetsprövning fått en vidare innebörd. Ännu har dock icke överallt klart insetts att en utbyggnad av den medicinska sidan av rehabiliteringsorganisationen måste medföra, att frågan om arbetsprövningens ställning och uppgifter inom den samlade rehabiliteringsverksamheten kommer i ett förändrat läge och fordrar nya ställningstaganden.

Då i en del remissyttranden ansetts att CRB ägnat frågan om arbetsprövning onödigt stor uppmärksamhet, motsäges detta av den stora mängd åsiktsyttringar, som remissorganen framfört beträffande just denna fråga. Sakligt torde arbetsprövningen av sjuka och handikappade och dess förläggning ha stor praktisk betydelse för rehabiliteringsorganisationens rationella uppläggning och de olika institutionernas utformning i fråga om personal, utrustning, lokaler etc.

Med hänsyn till den antydda pågående utvecklingen, vilken har sin motsvarighet också på andra håll i världen, anser CRB icke arbetsprövningens organisatoriska placering kunna fastställas enbart med utgångspunkt från den av arbetsmarknadsstyrelsen nämnda ILO-rekommendationen av år 1955, enligt vilken arbetsprövning uppräknas bland de till arbetsvården hörande åtgärderna. CRB vill härom hänvisa till bl. a. de internationella dokument, som berörts i kapitel 3. Av såväl dessa som ett flertal andra,

av internationella organ utfärdade dokument framgår en allt tydligare tendens att söka skapa en mera integrerad medicinsk och social rehabilitering inom gemensamma centra vid eller i anslutning till sjukhus samt att därmed också införliva arbetsprövningsverksamheten.

CRB har i sin promemoria framhållit att i den mån bedömningen av enskilda personers förmåga att utföra arbete av skilda slag lägges till grund för åtgärder, som kan bli utslagsgivande för vederbörandes hela framtid, är det av största vikt att denna bedömning vilar på säkert underlag. Även för de myndigheter som vid sina ställningstaganden är beroende av sådana bedömningar är detta av största betydelse. Då CRB behandlar frågan om arbetsprövningen och dess ställning i rehabiliteringsorganisationen avser beredningen därför — som framgår av promemorian — sådan prövning i mera avancerad systematisk form, syftande till en helhetsbedömning av en persons fysiska, psykiska, sociala och yrkestekniska funktions- och arbetsförmåga. En ingående beskrivning av de olika leden i arbetsprövningen har också lämnats i promemorian. I samband med denna beskrivning måste givetvis beaktas att arbetsprövningens utformning och omfattning i praktiken i hög grad blir beroende av det enskilda fallets art. Detta innebär att vissa led i arbetsprövningen stundom kan bli ganska summariskt behandlade.

Ett stöd för sin uppfattning om arbetsprövningens uppgifter och utformning har CRB ansett sig finna redan i medicinalstyrelsens VPM 1954 om utbyggd medicinsk rehabiliteringsverksamhet inom lasarettsvården, vari bl. a. följande anföres:

I den mån allt säkrare metoder utprövas att objektivt mäta en persons arbetskapacitet, ingår som ett viktigt led i den medicinska rehabiliteringen att verkställa för en sådan prövning erforderliga funktions- och belastningsprov, varigenom den successiva förbättring, som åstadkommes genom terapeutiska åtgärder och planmässig träning, kan avläsas och det säkrare kan fastställas, om och när en återgång till tidigare sysselsättning är möjlig eller om en omskolning bör ske till arbetsuppgifter av annan art.

En koncentration av denna prövning till ett länscentrum med erforderliga resurser kan bland annat väntas medföra ett mera tillförlitligt bedömande av frågor, som rör invaliditetsersättning och förtidspensionering, vilket vore av allra största betydelse ur såväl de berörda individernas som produktions- och samhällsekonomisk synpunkt.

Erfarenheten visar att det inom arbetsprövningen är nödvändigt för en realistisk bedömning att arbetsförmågan sättes i relation till de faktiska arbetskraven vare sig fråga är om återgång till tidigare arbete, övergång till nytt arbete eller anpassning för att klara det dagliga livets aktiviteter. Även detta talar för arbetsprövningens införlivande med den samlade rehabiliteringsverksamheten vid ett länscentrum, där möjligheterna i allmänhet torde vara större att få en realistisk uppfattning om för vederbörande aktuella arbetskrav än vid ett rikscentrum. Under utbyggnadstiden har bered-

ningen dock räknat med att erforderliga resurser i första hand skall kunna erhållas inom den regionala rehabiliteringsorganisationen. I princip har CRB kommit fram till att — som anföres i promemorian — ”en systematisk, med medicinsk vård och andra åtgärder för förbättring av funktions- och arbetsförmågan förenad arbetsprövning ligger inom ramen för den vård som bör meddelas på rehabiliteringsklinikerna”. I promemorian har vidare angivits att ”för den yrkestekniska prövningen bör anlitas resurser inom kliniken eller inom arbetsträningsverkstad i närheten”.

Ett stort antal remissinstanser — bl. a. ett flertal landsting och organisationer — har anslutit sig till CRB:s synpunkter i här berörda avseenden. Men åtskilliga remissinstanser — däribland också arbetsmarknadsstyrelsen och medicinalstyrelsen, som hänvisar till någon mellan de båda verken träffad överenskommelse av annat innehåll — har anfört invändningar och förordat andra lösningar. Landstingsförbundets styrelse har, liksom stadsförbundets sjukvårdsdelegation och vissa andra remissinstanser, ansett frågekomplexet kräva ytterligare utredning, innan definitiv ställning tages.

CRB:s förslag innebär att särskilda arbetskliniker utanför sjukhusorganisationen icke skulle behöva finnas. Statens arbetsklirik borde i stället inordnas i rehabiliteringsorganisationen inom karolinska sjukhuset. Som framgår av de återgivna remissyttrandena har detta väckt starka protester från statens arbetsklirik. Inte heller karolinska sjukhusets styrelse har ansett sig kunna på föreliggande motivering tillstyrka förslaget. Med anledning av den i vissa remissyttrandena förda argumentationen mot CRB:s förslag, vilket från andra håll rönt instämmanden, må här blott anföras följande.

Statens arbetsklirik framhåller att dess resurser är utformade för ett ur arbetsvårdssynpunkt särskilt svårbedömt klientel. Av yttrandet framgår också att i många fall ett nära samarbete måste ske med karolinska sjukhuset för att erforderlig medicinsk utredning och behandling, som befinner påkallad, skall komma till stånd under arbetsprövningen. Själva prövningen som sådan blir också i många fall mycket tidskrävande och kan taga åtskilliga månader.

Det i olika sammanhang framförda önskemålet att erforderlig medicinsk utredning och behandling skall vara avslutad före arbetsprövningen har sålunda i praktiken icke kunnat uppfyllas. Detta krav vidhålls dock bl. a. i de av arbetsmarknadsstyrelsen åberopade råd och anvisningar för arbetsprövning i anslutning till träningsinstitutioner (sid. 3), som utarbetats under klinikens medverkan och utfärdats av arbetsmarknadsstyrelsen den 26 januari 1963. Samtidigt har emellertid i samma råd och anvisningar (sid. 6) anförts följande.

Medan man tidigare tänkt sig att ”fallen” skulle vara utredda och avslutade medicinskt före arbetsprövningens början, har det efter hand blivit klart att man

under överskådlig tid framåt måste räkna med att ägna *diagnosen* stor uppmärksamhet. Särskilt har den psykiatrisk-psykologiska delen vid avvägningen i diagnosen poängterats. Erfarenheterna har även visat att en arbetsprövningsavdelning på ett helt annat sätt än man från början tänkt sig måste ha kontinuerlig tillgång till läkare för att uppkommande medicinska problem skall kunna lösas utan dröjsmål.

För sin del anser CRB försöken att hävda kravet på att den medicinska utredningen och behandlingen skall vara avslutade före arbetsprövningen orealistiska. Erfarenheten har bl. a. visat att rehabiliteringstiden ofta kan förkortas och ett bättre resultat vinnas om arbetsprövning och rehabiliteringsåtgärder kan aktualiseras redan på ett tidigt stadium och bedrivs parallellt med den medicinska behandlingen. Även om ett sådant förfarande kan genomföras också i det fall att arbetsprövningen bedrivs av ett fristående organ, måste samordningen mellan medicinsk behandling, prövning och andra åtgärder med sikte på anpassning till bestämda arbetskrav betydligt lättare kunna etableras, om prövningen, d. v. s. helhetsbedömningen, i stort sett sker inom ramen för en gemensam organisation.

Av medicinalstyrelsen har anförts att den kvalificerade arbetstekniska prövningen, sådan den utformats vid statens arbetsklirik, i princip är att hänföra till arbetsvården framför allt på grund av "dess starka yrkestekniska inslag och industriella miljö".

Statens arbetskliniks resurser i berörda hänseenden är givetvis störst i fråga om prövningsfall från Stockholms stad och stockholmstrakten i övrigt, beträffande vilka en prövning i reell miljö kan vara möjlig. För prövningsfall från andra delar av landet är det givetvis svårt att vid kliniken skapa betingelser motsvarande dem som står till förfogande i hemortens näringsliv. Just för den yrkestekniska prövningen torde i regel väl så goda resurser kunna erbjudas i anslutning till rehabiliteringsklinikerna i de olika sjukvårdsområdena. Beträffande rent teknisk och personell utrustning förutsattes dock organisationen på regionnivå tidigare kunna fylla de krav, som ställes.

Det har även anförts att samme läkare icke rimligen skulle kunna vara kompetent att svara för rehabiliteringens behandlingssida och arbetsprövningen. CRB vill då ställa frågan om icke den utbildning, som en rehabiliteringsläkare anses böra förskaffa sig genom tjänstgöring på statens arbetsklirik, vittnar om att han i sin verksamhet måste ägna sig åt arbetsprövning bl. a. för att kunna bedöma resultaten av sin verksamhet som behandlingsläkare. I den mån socialmedicinska avdelningar tillkommer vid flera större sjukhus erhålles ökade förutsättningar för att en allsidig arbetsprövning skall kunna bedrivs.

Vad slutligen gäller inrättandet av särskilda arbetsprövningsverkstäder inom träningsverkstäder enligt av arbetsmarknadsstyrelsen under medverkan av statens arbetsklirik utfärdade råd och anvisningar, har CRB ansett

sig kunna acceptera detta som ett provisorium under en övergångstid. Härvid har emellertid beredningen framhållit angelägenheten av att sjukvårdshuvudmännen beredes tillfälle att med arbetsmarknadsstyrelsen och medicinalstyrelsen närmare diskutera samarbetsformerna mellan ifrågavarande institutioner och sjukhusen. På längre sikt anser däremot beredningen ett sådant arrangemang utgöra en icke önskvärd dubbelorganisation, som bl. a. kan befaras ställa alltför stora krav på de knappa personalresurserna. Om — såsom uppgivits vid en av arbetsmarknadsstyrelsen i december 1963 ordnad konferens — särskilda arbetsprövningsavdelningar vid träningsverkstäder för närvarande i första hand inrättas i orter där rehabiliteringskliniker redan finnes, blir beredningens betänkligheter ännu större. Som anmärkningsvärt ter det sig härvid obestridligen att rehabiliteringsklinikernas läkare, vilka icke skulle kunna besitta erforderlig kompetens för arbetsprövning inom ramen för klinikernas egen verksamhet, på sina håll utan vidare synes kunna anförtros arbetsprövningen vid de särskilda prövningsavdelningarna vid träningsverkstäder.

Beträffande förevarande fråga vill CRB även hänvisa till följande uttalande i 1964 års statsverksproposition, bilaga 13, inrikesdepartementet, (sid. 96).

Arbetsmarknadsstyrelsen, som undersökt möjligheterna att anordna arbetsprövning vid arbetsträningsverkstäder, har förutsatt att kostnaderna härför skall bestridas av sysselsättningsmedel. Med anledning härav vill jag erinra om att centrala rehabiliteringsberedningen i sin PM med riktlinjer för den allmänna rehabiliteringsorganisationen förordat, att arbetsprövningen införlivas med verksamheten vid rehabiliteringsklinikerna. Under en övergångstid är det dock enligt beredningens mening av värde att kvalitativt tillfredsställande arbetsprövning kan komma till stånd vid vissa träningsinstitutioner. I anslutning härtill uttalade jag i prop. 1963:53 (s. 15), att jag inte var beredd att föreslå bidragsbestämmelser som skulle binda verksamheten vid arbetsträningsverkstäderna i någon viss form under avsevärd tid framåt. Man borde tvärtom under ännu en tid ha möjlighet att pröva olika vägar. Bl. a. borde man undvika att genom dyrbara investeringar ekonomiskt binda sig vid en avancerad arbetsprövning vid träningsverkstäderna. Uttalandet biträdades av riksdagen. Under sådana omständigheter anser jag mig inte kunna förorda någon ytterligare utvidgning av statsbidragsgivningen på detta område utöver vad som hittills tillämpats.

Med det ovan anförda har CRB endast gett en antydning om den problematik, som på detta område är aktuell. Härvid må bl. a. framhållas att en med medicinska resurser utbyggd fristående arbetsprövningsverkstad måhända för en del av remissinstanserna ansetts garantera en mera realistisk prövning av de handikappades möjligheter till arbete i öppna marknaden än en klinikansluten arbetsprövning. Det är då av särskilt intresse att notera att Svenska industriläkarföreningen med sin speciella sakkunskap i fråga om arbetslivet och arbetskraven ansett det vara av fundamental betydelse

för att nå en tidig bedömning att arbetsprövningen placeras i anslutning till kliniken. Föreningen har också framhållit de stora möjligheterna att på en rehabiliteringsavdelning bygga upp arbetsplatsmodeller för prövning av kapacitet mot arbetskrav, motsvarande industriella situationer. En sådan verksamhet skulle ytterligare kunna berikas genom intimt samarbete med företagsläkarna vid de berörda företagen. Detta samarbete skulle i sin tur bli ett utomordentligt slussystem, dubbelverkande såväl från rehabiliteringskliniken ut till företagen som från företagen till rehabiliteringskliniken.

Arbetsträning och skyddad verksamhet samt yrkesutbildning för handikappade

Som framgår av remissyttrandena har olika meningar framförts rörande bl. a. arbetsträningsverkstädernas förläggning i förhållande till sjukhus. Alltmera synes dock den uppfattningen överväga, att det är av värde att sådana verkstäder förlägges så nära sjukhus att ett rationellt och nära samarbete lätt kan äga rum.

En del av remissorganen avvisar tanken på att träningslägenheter skall finnas också vid vissa träningsverkstäder och icke enbart vid rehabiliteringskliniker. Stundom har anförts att detta skulle innebära en onödigt dubblering av dyrbar utrustning. Enligt CRB:s mening fyller emellertid träningslägenheter vid rehabiliteringskliniker och träningsverkstäder delvis olika uppgifter under olika stadier av rehabiliteringsprocessen.

I fråga om skyddad verksamhet råder enighet om det mycket omfattande behovet av utbyggnad av resurserna på detta område för olika grupper av handikappade. När det gäller huvudmannaskapet för de skyddade verkstäderna har något delade meningar kommit till uttryck. I likhet med bl. a. Svenska landstingsförbundet förutsätter CRB att innan definitivt ståndpunkt tages till en sådan generell lösning, denna måste bli föremål för mera ingående överväganden. Det står dock redan nu klart att ett betydande landstingsengagemang i planeringen och driften av denna verksamhet är nödvändigt, även om vissa verkstäder drives av primärkommuner och andra.

CRB, som i samband med frågan om vanförestalternas framtida ställning kommer att taga upp vissa frågor om yrkesutbildningen för handikappade, anser sig icke böra föregripa dessa ställningstaganden genom att här gå närmare in på utbildningsfrågorna.

Beredande av arbete

CRB vill här särskilt framhålla den av Uppsala läns landstings hälso- och sjukvårdsstyrelse anförda synpunkten att en bearbetning av arbetsmarknaden på ett annat sätt än som nu sker torde vara ofrånkomlig för att en

effektiv arbetsplacering skall komma till stånd samt att en sådan bearbetning måste ske genom särskild personal.

I den särskilda utredning om rehabilitering i samverkan med företagen, som pågår inom CRB under professor Sven Forssmans ledning, kommer dessa frågor att särskilt behandlas.

Uppföljande rehabiliteringsverksamhet och efterkontroll

CRB vill starkt understryka de uttalanden, som Svenska landstingsförbundet, Svensk industriläkarförening och DVR gjort om betydelsen av den uppföljande verksamheten. Denna utgör i själva verket det viktigaste instrumentet för vidareutveckling och kontroll av rehabiliteringsmetodiken, som utan sådan uppföljning riskerar att stelna och stagnera i schabloner, som icke motsvarar de verkliga behoven.

Näringshjälp

Maximibeloppet för näringshjälp har genom beslut av 1963 års riksdag höjts till 10 000 kronor.

I regleringsbrev till arbetsmarknadsstyrelsen den 5 juni 1963 har Kungl. Maj:t uppdragit åt arbetsmarknadsutredningen att i samråd med CRB — under beaktande av vad statsutskottet därom anfört i sitt utlåtande nr 11 punkten 25 — utreda frågan om att göra näringshjälpen mera effektiv som stöd för de handikappades inplacering i förvärvslivet.

Denna utredning, som bl. a. avser frågan om näringshjälpens användningsområde bör omfatta även anskaffning av redskap och maskinell utrustning för att underlätta hushållsarbete av handikappade husmödrar m. fl., har ännu icke slutförts.

Medicinsk-tekniska hjälpmedel m. m.

Bidrag till näringshjälp och tillhandahållande av medicinsk-tekniska hjälpmedel m. m. utgör hjälpformer, som i många fall måste komplettera varandra för att möjliggöra för en handikappad att leva ett självständigt och verksamt liv. I 1964 års statsverksproposition har förslag framlagts om väsentliga förbättringar i fråga om tillhandahållandet av hjälpmedel för rörelsehindrade m. fl. Till motordrivna hushållsapparater skulle dock fortfarande bidrag ej kunna utgå. Även i andra avseenden skulle — efter ett genomförande av förslagen — kvarstå vissa otillfredsställda behov, som lämpligen bör tillgodoses antingen genom den ena eller den andra av de båda här behandlade bidragsformerna. I avvaktan på resultatet av det samråd, som skall äga rum mellan arbetsmarknadsutredningen och CRB i vad gäller näringshjälpen, anser sig beredningen icke här böra gå närmare in på hit hörande frågor.

KAPITEL 10

Rehabiliteringsforskning

Promemorian

I promemorian framhålles att de resultat, som vinnes genom den fortgående forskningen på en rad olika områden — och härvid avses såväl grundforskning som den målinriktade forskningen inom framför allt medicin, psykologi, teknik och socialvetenskap — är av största betydelse även för rehabiliteringsverksamheten i detta begrepps vidaste bemärkelse.

Den direkt på rehabiliteringsproblem inriktade forskning, som hittills bedrivits vid olika medicinska och tekniska institutioner, har ekonomiskt stötts genom anslag från såväl statliga forskningsorgan som — i kanske ännu större omfattning — stiftelser, föreningar och försäkringsföretag. I tidigare avsnitt har berörts den verksamhet i form av utvecklings- och konstruktionsarbete samt information, i första hand berörande olika grupper av rörelsehindrade men i viss mån även andra grupper, som bedrivs av SVCK i samarbete med olika tekniska och medicinska forskningsinstitutioner. Inte minst under den kommande utbyggnadsperioden torde stort behov föreligga av ökade insatser av denna art.

Med hänsyn till den betydelse beredningen sålunda tillmäter den av SVCK bedrivna verksamheten och då denna verksamhet till stor del finansieras av allmänna medel, anser beredningen en integrering av densamma i den framväxande rehabiliteringsorganisationen böra övervägas. Även beträffande av andra organisationer i särskilda former bedrivna likartad verksamhet på rehabiliteringsområdet bör frågan härom upptagas till särskilt övervägande.

Den vidgade rehabiliteringsforskningen kräver samverkan av ett flertal institutioner och organ för att olika slag av expertis skall kunna tillgodogöras, bl. a. med vissa laboratorier, kanske främst de för klinisk fysiologi, klinisk neurofysiologi och arbetsfysiologi, samt socialmedicinska institutioner. Det är också att vänta att för analys av speciella frågeställningar av betydelse för rehabiliteringen kommer att ställas ökade krav på den psykologiska och psykotekniska forskningen.

Bland viktiga forskningsuppgifter nämns i promemorian bl. a. kartläggning av klientelet med avseende på den medicinska och sociala bakgrunden, beräkning av frekvensen av rehabiliteringsbehoven, intensivstudier av olika arbetsuppgifter och metoder för arbetsinstruktion i syfte att öka sysselsättningsmöjligheterna för handikappade. Vidare framhålles att man genom att följa enskilda klienter inom olika grupper under längre tid och regi-

strera vissa fakta kan erhålla ett statistiskt material som inte minst från socialmedicinsk synpunkt är av stort intresse, t. ex. om förekomsten av invalidiserande sjukdomar, invalidiseringstendens, mortalitet, rehabiliteringsresultat, lönsamhet av rehabiliteringsåtgärder m. m.

Medicinal-, socialförsäkrings- och arbetsmarknadsstatistik bör kunna utnyttjas för speciella undersökningar av värde ur rehabiliteringssynpunkt, varför vederbörande verk bör ha resurser för sådana undersökningar.

Betydelsen av en forskning, inriktad på fortsatt utveckling och förbättring av de terapeutiska metoderna för att höja den fysiska och psykiska arbetsförmågan, understrykes även i promemorian.

Ett stort behov föreligger också av en vidareutveckling av arbetsprovningens metodiken, d. v. s. metoderna för bestämning och helhetsbedömning av en persons arbetskapacitet i relation till de fysiska och psykiska krav, som ställs inom olika yrken, och för fullgörandet av "det dagliga livets aktiviteter".

Medicinsk-teknisk forskning för rehabiliteringen av vissa grupper — såsom rörelsehindrade, hörselskadade, blinda m. fl. — har redan nått en avsevärd utveckling. Behov föreligger dock av att med intensivstudier ytterligare analysera problemen, då det gäller att på olika sätt kompensera vissa försvagade eller förlorade funktioner, bl. a. med skilda slag av tekniska hjälpmedel.

Förutom särskilda kompenserande hjälpmedel, som anbringas inom eller direkt på den handikappade, och hjälpmedel för daglig livsföring nämnes här också åtgärder för anpassande av verktyg och maskiner för att möjliggöra eller underlätta deras användande av handikappade med exempelvis rörelsehinder, låg intelligens, psykisk instabilitet, dåligt minne, dövhet, syn-defekter etc.

En i detta sammanhang mycket betydelsefull fråga är utvecklingen av utprovings-, instruktions- och träningsmetodik för användandet av skilda slag av tekniska hjälpmedel, t. ex. metodstudier för gångträning av benamputerade och motsvarande metodstudier i fråga om anpassning och träning av syn- och hörselskadade.

Nämnden för medicinsk teknik inom statens tekniska forskningsråd har vid en inventering av medicinsk-teknisk verksamhet vid sjukhusen funnit att denna forskning arbetar med mycket begränsade resurser. Nämnden har i samband härmed föreslagit att vid sjukhusen bör inrättas kvalificerade ingenjörs- och teknikertjänster samt vissa tekniska verkstäder och laboratorier. En sådan utbyggnad av de tekniska resurserna skulle även i hög grad komma rehabiliteringsverksamheten till godo. Tekniska hjälpmedel av skilda slag, som i dag ingår i arsenalen vid behandlingen av olika kategorier av rehabiliteringsfall, skulle genom en sålunda organiserad forskning kunna avsevärt förbättras. Den mer avancerade forskningen på detta område bör förläggas till regionsjukhusen, framför allt undervis-

ningssjukhusen i de städer, där teknisk högskola kommer att finnas och sålunda högkvalificerad såväl medicinsk som teknisk expertis står till förfogande. Samarbete bör upptagas med vissa industrier för att få till stånd en produktion med utnyttjande av de vunna forskningsresultaten. Slutligen erinras om de omfattande krav på forskning som måste vara förenade med en planering av bostäder, arbetsplatser, offentliga byggnader etc. avpassade även för de handikappades speciella behov.

Avslutningsvis framhålls angelägenheten av att den statliga forskningsberedningen ägnar forskningen på rehabiliteringsområdet särskild uppmärksamhet och att erforderliga ekonomiska resurser ställs till dess förfogande. Av särskild betydelse är att forskningen vid regionsjukhusen och med dem samarbetande institutioner erhåller de resurser, som krävs för att de vetenskapliga landvinningarna på olika områden skall kunna fullt utnyttjas inom rehabiliteringsverksamheten. Även en rad andra sociala, pedagogiska och tekniska institutioner bör ges ökade möjligheter att bedriva utvecklingsarbeten av betydelse för en rationell sådan verksamhet.

Med hänsyn till det stora behov av personal med erforderliga kvalifikationer på olika utbildningsnivåer, som föreligger inom hela rehabiliteringsområdet, må slutligen erinras om att intensiv, på bred front bedriven rehabiliteringsforskning är av väsentlig betydelse för att skapa ett allmänt intresse för arbetsuppgifterna på detta område.

Remissyttrandena

Det stora flertalet remissinstanser har starkt understrukit vikten av forskning inom rehabiliteringsområdet och — som tidigare refererats — förordat en utbyggnad av rehabiliteringsverksamheten vid regionsjukhusen främst med hänsyn till forskningen och personalutbildningen. Här märks uttalanden från *riksförsäkringsverket*, *statens arbetsklirik*, *förvaltningsutskotten i Stockholms, Östergötlands och Kronobergs läns landsting*, *Malmöhus läns landstings hälso- och sjukvårdsstyrelse*, *Älvsborgs läns landstings sjukvårdsstyrelse*, *förvaltningsutskotten i Hallands, Värmlands och Jämtlands läns landsting*, *Stockholms stads sjukvårdsstyrelse*, *arbetsvårdschefen i Stockholms stad*, *Sveriges läkarförbund*, *Svenska läkaresällskapet och dess sektion för åldersforskning*, *Svensk sjuksköterskeförening* samt från *Kvinnoorganisationernas stiftelse till stöd åt handikappade husmödrar*. Därutöver har följande remissinstanser närmare ingått på forskningsfrågorna:

Medicinalstyrelsen vill starkt understryka vikten av forskning inom områden, som berör rehabiliteringen, och är helt ense med CRB om angelägenheten av en kartläggning av rehabiliteringsklientelet, undersökningar om rehabiliteringsbehovet m. m.

Arbetsmarknadsstyrelsen

vill understryka vad beredningen anfört om betydelsen av den verksamhet i form av utvecklings- och konstruktionsarbete samt information, som SVCK bedriver i samarbete med olika institutioner. Det bör i samband därmed framhållas, att även t. ex. Hörselfrämjandet och De blindas förening var och en på sitt område har gjort mycket betydelsefulla insatser i dessa avseenden. Det synes angeläget att dessa olika verksamheter samordnas och effektiviseras. Formerna härför är föremål för vissa överläggningar. Generellt sett finner styrelsen vad beredningen anfört om forskning i hög grad förtjäna beaktande. Den vill särskilt framhålla betydelsen av att forskningen inriktas mot utvecklandet av de bioteknologiska åtgärderna och vill i detta sammanhang erinra om den verksamhet, som bedrivs vid Arbetsfysiologiska institutet i Stockholm.

Uppsala läns landstings hälso- och sjukvårdsstyrelse anser att

forskningens betydelse för den fortsatta utvecklingen av rehabiliteringen står utom all diskussion. För den praktiskt verksamme rehabilitatören manifesteras snart sagt dagligen bristen på metoder som ett påtagligt hinder. Fastare och adekvatare metod-anvisningar för arbetsprövningar och experimentalpsykologisk analys är centrala forskninguppgifter — uppgifter som bör tillgodoses innan utvecklingen bindes i allt för fasta former. Den socialmedicinska forskningen med bl. a. analys av rehabiliteringsresultaten på lång sikt är vidare av största angelägenhet. För övrigt bör inom varje enskild medicinsk specialitet rehabiliteringsforskning stimuleras.

Kristianstads läns landstings förvaltningsutskott understryker att "icke minst viktigt är att klientelet kartlägges med avseende på den medicinska och sociala bakgrunden till sin situation och att analyser utföras, så att biologiska och socialmedicinska faktorer blir definierade och dessas följder blir lättare att följa och värdera".

Direktionen för lasarettet i Lund, vars yttrande översänts av Malmöhus läns landstings hälso- och sjukvårdsstyrelse, har förordat att en arbets-klinik inrättas i varje sjukvårdsregion och att till dessa kliniker knytes högkvalificerad personal, så att forskning där kan bedrivas.

Örebro läns landstings förvaltningsutskott

vill gärna understryka angelägenheten av att en mera omfattande forskning rörande rehabiliteringen kommer till stånd. Som beredningen framhållit måste en sådan forskning spänna över många områden. Det är en angelägen uppgift för staten att här ställa ekonomiska resurser till förfogande, men det är även angeläget att utbyggnaden av kliniska rehabiliteringsresurser sker parallellt härmed.

Gävleborgs läns landstings förvaltningsutskott framhåller att genom in-rättande av flera utbildningstjänster vid regionsjukvårdsklinikerna erhålls gynnsamma förutsättningar för nödvändig forskning och metodutveckling.

Svenska stadsförbundets sjukvårdsdelegation instämmer i beredningens uttalande om behovet av forskning på rehabiliteringsområdet och om nödvändigheten av att ekonomiska resurser härför ställes till förfogande.

Delegationen understryker också forskningens betydelse för att skapa intresse från läkarkårens sida för arbetsuppgifterna inom detta område. Enligt delegationens mening skulle tillskapandet av en professur i medicinsk rehabilitering vara av stor betydelse för forskningen.

Göteborgs sjukvårdsstyrelse uttalar sin fulla anslutning till de synpunkter beredningen framlagt i forskningsfrågan och erinrar om att styrelsen i yttrandet i januari 1963 över betänkanden om utbildning av sjukgymnaster och arbetsterapeuter föreslagit inrättande av en professur i medicinsk rehabilitering i Göteborg, "där de bästa yttre förutsättningar — väldifferentierad sjukvårdsorganisation, mångfacetterat patientmaterial, central rehabiliteringsavdelning — förelåge".

Malmö stads sjukvårdsstyrelse anser att

en viktig förutsättning för att ernå en effektivisering av rehabiliteringsverksamheten är kunskap baserad på forskning och planmässig kartläggning av området. Det bör därför vara en angelägen uppgift för beredningen att tillvarata och utnyttja de resurser och den erfarenhet som finnes samlad och som torde vara lätt att mobilisera inom försäkringskassorna och inom de socialmedicinska universitetsinstitutionerna. Att finna en ändamålsenlig form härför bör ur teknisk synpunkt ej behöva erbjuda några större svårigheter.

LO delar beredningens värdering av rehabiliteringsforskning och erinrar om sitt yttrande över 1958 års socialförsäkringskommittés betänkande, där följande uttalande gjordes.

Forskning bedrivs redan på olika håll inom områden som berör rehabiliteringen, men ännu saknas någon form av samordning. Statsmakterna borde här ta initiativ för att skapa en ökad samordning. Det är också av stor vikt att det ställs större ekonomiska resurser till forskningens förfogande. Statens arbetsklirik borde ges avsevärt större resurser och utbyggas kraftigt. Den skulle då förutom ökad kapacitet för kvalificerad arbetsprövning kunna bedriva forskning. Det goda samarbete som råder mellan arbetsmarknadens parter i vårt land borde ytterligare kunna underlätta arbetsfysiologins och rehabiliteringens fältforskning. Erfarenheten har också visat att de handikappade lyckas bäst i de företag, som har sina arbetsuppgifter noga analyserade.

Svenska industriläkarföreningen

understryker vikten av forskning inom rehabiliteringsområdet och vill för sin del framför allt peka på behovet av ytterligare kunskap vad gäller arbetsvärdering, mätning av fysisk och psykisk kapacitet, samt inventering av tänkbara arbetsuppgifter för olika typer av partiellt arbetsför arbetskraft inom svenskt näringsliv. Av vikt är även den forskning som kan ge svar på hur automatisering och automation kommer att inverka på fysisk och psykisk arbetsmässighet.

Svenska försäkringsbolags riksförbund vill

betona behovet av forskning beträffande de skilda kategorier, som kan bli föremål för rehabilitering, och behovet av olikartade vårdformer för de skilda kategorierna. De erfarenheter, som Statens arbetsklirik härutinnan har vunnit, synes böra uppmärksammas även om dessa — på grund av klinikens begränsade resurser — icke kunnat bli så omfattande.

SVCK understryker forskningen betydelse och anser det vara önskvärt att vid karolinska institutet inrättas en professur i rehabiliteringsmedicin.

De vanföras riksförbund instämmer i vad beredningen framhållit om behovet av ökade insatser för utvecklings- och konstruktionsverksamhet samt information om tekniska hjälpmedel och anför vidare:

Den verksamhet som SVCK bedriver på detta område har varit av stort värde i ett uppbyggnadsskede. Den har emellertid i huvudsak utgjorts av prövning och registrering av samt information om tekniska hjälpmedel, som utformats på annat håll. Även på det bandagetekniska området har SVCK:s experimentverksamhet haft mycket begränsad betydelse.

Förbundet anser det nödvändigt att forskningen rörande ortopediska och andra tekniska hjälpmedel för handikappade förläggas till ortopedisk verkstad vid utbildningssjukhusen och att den sker i nära samråd med teknisk högskola. En sådan experiment- och forskningsverksamhet, anser DVR, måste för att ge resultat förläggas i direkt anslutning till ortopedisk klinik, där patienterna vistas. Härigenom kan man tillgodogöra sig den praktiska erfarenheten hos personal och patienter.

Även CRB understryker behovet av att ifrågavarande forskning bedrivs i samarbete med laboratorier för bl. a. klinisk fysiologi, klinisk neurofysiologi, arbetsfysiologi samt socialmedicinska institutioner. DVR föreslår att denna forskningsverksamhet — som nu i liten skala bedrivs av SVCK — förläggas till nyinrättad forskningscentral vid rehabiliteringsklinik på universitetsort.

DVR instämmer i beredningens förslag om ökad forskning för planering av bostäder, arbetsplatser, offentliga byggnader, kommunikationer m. m. med hänsyn till handikappades behov.

De blindas förening gör följande uttalande.

En omfattande teknisk forskning världen över ställer ständigt nya och förbättrade hjälpmedel till de synskadades förfogande. Här är det av synnerlig vikt, att samhället skapar resurser för uppspårande och uppföljning av nya tekniska rön. De blindas förening får visserligen genom sina internationella förbindelser del av den forskning som bedrivs på området framför allt i de anglosaxiska länderna, men det vore önskvärt att dessa informationer bättre utnyttjades. Någon egentlig egen forskning på området saknar De blindas förening resurser för men underhandlar för närvarande med SVCK och Hörselfrämjandet om samgående för skapande av ett gemensamt elektromekaniskt laboratorium.

Då beredningen i sin promemoria föreslår en integrering av den av SVCK bedrivna verksamheten i rehabiliteringsorganisationen, bör samtidigt en utökning av denna verksamhet diskuteras. Även om den av SVCK bedrivna verksamheten direkt berör ett mycket stort antal handikappade, så finns dock stora grupper, som står

utanför. Om därför verksamheten införlivas med rehabiliteringsorganisationen, så bör dess verksamhet utvidgas till att även omfatta dessa grupper. Skall SVCK även i fortsättningen stå som huvudman för denna verksamhet, måste en omorganisation av SVCK ifrågasättas.

Svenska föreningen för psykisk hälsovård anser att

forskning över motivationsfrågor och möjligheter att med psykoterapi i olika former påverka arbetsmotivationen bör ha hög prioritet inom rehabiliteringsforskningen och resultaten av denna forskning torde till en mycket stor del få avgöra, hur den framtida organisationen av rehabiliteringen planlägges och utformas.

Handikapporganisationernas centralkommitté framhåller forskningens betydelse för rehabiliteringens utveckling och anför vidare:

Inte minst bör den socialmedicinska forskningen i ökad grad inriktas på de handikappades villkor, problem och behov och på lämpliga vägar leda till förstärkning av rehabiliteringsinsatserna för olika grupper. Dessutom krävs en teknisk och arbetsmarknadsmässig forskning för närmare kartläggning av t. ex. vilka arbetsuppgifter olika grupper av handikappade lämpar sig för och hur de handikappade skall utbildas för att bäst kunna passas in i arbetslivet.

I likhet med CRB anser centralkommittén

att svenska vanförevårdens centralkommitté (SVCK) gjort berömvärda insatser i fråga om utvecklingen av tekniska hjälpmedel och genom att understryka olika krav på planering av bostäder, samhällen etc. med hänsyn till de handikappades behov. SVCK är numera i färd med att söka en bredare bas hos även andra handikappgrupper för sina insatser på berörda områden. Vi anser att denna tanke skall fullföljas och ett allmänt forsknings- och planeringsråd komma till stånd för hit hörande uppgifter. Vi tror dock icke att detta organ skall driva forskning och planering i egen regi. I stället bör det söka verka som samordnare och finansiär av forsknings- och planeringsarbeten, som görs av andra, i första hand på lämpliga forskningsinstitutioner vid universitet.

Kommentar

Det är icke möjligt att i detta sammanhang upptaga formerna för utvecklingen av rehabiliteringsforskningen till närmare behandling. Här må blott framhållas att inga delade meningar synes råda om behovet av en mera systematiserad och intensifierad forskning på hela detta omfattande område. En särskilt viktig forskningsuppgift utgör — som framhållits av föreningen för psykisk hälsovård — de s. k. motivationsproblemen, d. v. s. hur sjuka och handikappade, vilka ofta mer eller mindre förlorat tron på sig själva och sin förmåga, skall återfå vilja och kraft att aktivt engagera sig i ansträngningar för sin egen rehabilitering.

KAPITEL 11

Utbildningen av personal för rehabiliteringsuppgifterna

Promemorian

I tidigare avsnitt av promemorian har framhållits att rehabiliteringen inte är en verksamhet, begränsad till de speciella institutionerna för medicinsk rehabilitering och arbetsvård, utan berör hela området för sjuk- och socialvården liksom arbetsmarknads- och försäkringsorganens verksamhet. Med hänsyn härtill betonas att beredningen anser det angeläget att all personal som kommer i kontakt med rehabiliteringsverksamheten, således även den administrativa personalen, erhåller erforderlig orientering om verksamhetens syften och metoder.

Av promemorian framgår att under den socialmedicinska kurs, som ingår i läkarutbildningen, behandlas bl. a. förebyggande vård och rehabilitering och att enligt beredningens mening även vid undervisningen i andra discipliner rehabiliteringsfrågorna bör erhålla erforderligt utrymme. I den mån rehabiliteringsläkare anställs vid undervisningssjukhusen bör deras medverkan i utbildningen bli obligatorisk. Redan utbildade läkare bör beredas tillfälle att vid särskilda kurser och konferenser orienteras om uppgifterna och hjälpåtgärderna på detta område och inte minst viktigt är att tjänsteläkarna fortlöpande informeras härom. Även i sjuksköterskeutbildningen och särskilt i utbildningen av distriktssköterskor bör sådan undervisning få ökat utrymme. Fortbildningskurser bör även anordnas för redan utbildad personal inom alla berörda kategorier, varigenom de olika befattningshavarnas insatser i rehabiliteringsarbetet torde kunna väsentligt ökas. Av särskild betydelse är härvid att de krav rehabiliteringen ställer på adekvat psykologisk behandling, inriktad på systematisk uppträning och aktivering av patienterna, i växande utsträckning kan bli beaktade.

Betydelsen av att kompetenskrav för tjänst som rehabiliteringsläkare snarast fastställs har understrukits i tidigare refererat avsnitt av promemorian. Vidare erinras om att utbildningen av socionomer, sjukgymnaster och arbetsterapeuter nyligen behandlats av särskilda utredningar, vilkas förslag var föremål för remissbehandling vid tiden för promemorians tillkomst.

För de arbetsförmedlingstjänstemän, som är verksamma inom arbetsvården, anges att hittills icke andra utbildningskrav uppställts än dem, som generellt gäller för anställning i den allmänna arbetsförmedlingen (1½ års aspiranttjänstgöring vid arbetsförmedling, varav 6 månaders prov-

tjänstgöring). I aspirantutbildningen ingår sex veckors teoretisk utbildning i allmänna arbetsmarknadsfrågor inklusive arbetsvård. Många av aspiranterna tjänstgör under längre eller kortare del av aspiranttiden på en arbetsvårdsexpedition. En del av dem har också genom särskild utbildning (exempelvis vid socialinstitut) eller tidigare sysselsättning förvärvat speciella kunskaper och erfarenheter av värde för verksamhet inom arbetsvården. Arbetsmarknadsstyrelsen anordnar årligen veckokurser för fortbildning av bl. a. tjänstemän med längre tids erfarenhet inom arbetsvården och särskilda treveckorskurser i arbetsvård har även anordnats för tjänstemän med erfarenhet från arbetsförmedling för att väcka deras intresse för verksamhet i arbetsvården.

För föreståndare och arbetsledare vid arbetsvårdsverkstäderna har någon speciell teoretisk utbildning med sikte på de pedagogiska och psykologiska uppgifter, som ingår i sådan verksamhet, tidigare icke funnits. På arbetsmarknadsstyrelsens initiativ har för dessa personalgrupper under 1961 anordnats fyra specialkurser om vardera en vecka, vilket dock befunnits otillräckligt, varför en utbyggnad av utbildningen i form av två veckors grundkurs samt påbyggnadskurs planerats.

I anslutning till redovisningen av de initiativ, som tagits i fråga om utbildningen av arbetsvårdstjänstemän samt föreståndare och arbetsledare vid arbetsvårdsverkstäder, framhålls att beredningen finner dessa åtgärder värdefulla men anser att med den viktiga roll ifrågavarande befattningshavare måste spela i rehabiliteringsverksamheten utbildningskraven för ifrågavarande tjänster bör bli föremål för ytterligare utredning, förslagsvis i samarbete mellan arbetsmarknadsstyrelsen, medicinalstyrelsen och överstyrelsen för yrkesutbildning.

I detta sammanhang understrykes än en gång önskemålet att de olika personalkategorier, som skall ingå i rehabiliteringsteam, vari såväl den medicinska som den yrkesmässiga rehabiliteringen skall vara företrädna, beredes tillfälle till gemensam undervisning under någon del av sin utbildning. Detta skulle vara av värde bl. a. för den fortsatta kontakten mellan de olika personalgrupperna och deras förståelse för varandras uppgifter i rehabiliteringsverksamheten.

Betydelsen av en organiserad vidareutbildning för ifrågavarande personalgrupper, varigenom nya erfarenheter kan tillgodogöras inom deras verksamhet, understryks även.

Innan utbildningsfrågorna fått en mera definitiv lösning förordas särskilda orienteringskurser i rehabiliteringsmetodik m. m. för personal tillhörande de rehabiliteringsteam, som successivt måste träda i funktion i samband med verksamhetens utbyggnad. Det bör i detta sammanhang övervägas att för ändamålet låta utarbeta en brevkurs, som sedan bör kompletteras med viss gemensam undervisning samt studiebesök vid rehabiliteringskliniker och arbetsvårdsinstitutioner.

Slutligen framhålls betydelsen av att anställningsvillkoren för olika kategorier av rehabiliteringspersonal utformas så att tjänsterna kan bli attraktiva för välkvalificerade sökande.

Remissyttrandena

CRB:s synpunkter på behovet av ökade kunskaper om rehabiliteringens syfte och metodik hos alla berörda personalkategorier och förslagen till mer omfattande utbildning i detta avseende understryks starkt av de allra flesta remissinstanser. Rekryteringsproblemen synes också redan på detta stadium, innan utbyggnaden av rehabiliteringsorganisationen allmänt kommit i gång, för huvudmännen framstå som den största svårigheten.

I fråga om *personalutbildningen* märks följande uttalanden.

Medicinalstyrelsen betonar

att vad angår rehabiliteringsklinikerna är det angeläget att samtliga personalkategorier vid dessa kliniker äger kännedom om tillämpningen av psykologiska och fysiologiska arbetsmetoder inom medicinsk rehabilitering för att det "teamwork", som är en förutsättning för ett gott arbetsresultat, skall kunna utvecklas.

I fråga om övrig rehabiliteringsverksamhet vill styrelsen understryka nödvändigheten av att arbetsledare vid arbetsträningsinstitutioner och skyddade verkstäder är väl utbildade för att leda industriell arbetsvård, varvid insikter om de medicinska och psykologiska aspekter, som erfordras vid omhändertagandet av klienten vid dessa institutioner, är av stor betydelse.

Riksförsäkringsverket har förordat att utbyggnaden vid regionsjukhusen ges hög prioritet med hänsyn till dess betydelse för bl. a. personalutbildningen.

Arbetsmarknadsstyrelsen påpekar när det gäller de arbetsförmedlingstjänstemän, som är verksamma inom arbetsvården,

att beredningens uppgift om att sex veckors teoretisk utbildning ingår i aspirantutbildningen om 18 månader icke är helt adekvat. Den teoretiska utbildningen omfattar den dubbla tiden eller 12 veckor (2+6+4 veckor). Denna tid har som en rent tillfällig åtgärd måst skäras ner till sex veckor p. g. a. det stora antal aspiranter (340), som antogs under år 1962. För arbetsvårdstjänstemännen har speciella fortbildningskurser om vardera tre veckor anordnats. Under budgetåret 1963/64 kommer ytterligare två kurser om vardera fyra veckor att anordnas. Styrelsen är väl medveten om behovet av ökad utbildning även av arbetsvårdens personal. Icke minst är härvid en vidgad information om de områden inom rehabiliteringen, som ej direkt omfattas av arbetsvårdens verksamhet, av stort värde. Hithörande frågor, liksom utbildningsfrågorna för rehabiliteringspersonalen över huvud, bör bli föremål för ytterligare utredning.

Vidare framhålles att styrelsen i samråd med kommunförbunden har intensifierat utbildningen i bl. a. de driftekonomiska frågorna för personalen vid skyddade verkstäder.

Statskontoret förklarar sig icke kunna taga ställning till frågan om — som beredningen synes ha avsett — ökat utrymme åt rehabilitering skall beredas i läkarnas och sjuksköterskornas grundutbildning utan att som underlag ha ett i detalj utarbetat förslag, visande om utökningen skall ske genom längre studietid, genom minskat utrymme för andra ämnen eller på annat sätt.

Styrelsen för statens arbetskliniker ansluter sig i princip helt till vad beredningen anfört beträffande nödvändigheten av vidgad utbildningsverksamhet för rehabiliteringspersonal.

Uppsala läns landstings hälso- och sjukvårdsstyrelse anser att den tidiga inriktningen under de socialmedicinska kurserna i läkarutbildningen torde vara av avgörande betydelse. "Varje läkare, oavsett specialitet, måste äga kunskap om rehabiliteringsmöjligheternas existens, om adekvata uppfångningsmöjligheter skall kunna skapas och den tidiga rehabiliteringen på så vis möjliggöras."

Vidare erinras om att arbetsmarknadsstyrelsen för att tillfredsställa utbildnings- och fortbildningsbehovet för personalen inom rehabiliteringsverksamheten har anordnat särskilda kurser för föreståndare och arbetsledare.

Dessa i och för sig lofvärda åtgärder kräver emellertid lång tid, innan plats vid kurser kan beredas all berörd personal och vållar dessutom störningar i verkstädernas drift vid den arbetsledande personalens frånvaro. Dessa olägenheter kan undvikas vid lokalt anordnade utbildningskurser. Uppsala läns landstings rehabiliteringsnämnd har för eget behov låtit utarbeta en speciell utbildningsplan, vari all berörd personal deltagar. En lokalt uppbyggd utbildning med anlitande av korrespondensinstitutet torde verksamt kunna utnyttjas för detta syfte och vara ett värdefullt komplement till den centralt arrangerade fortbildningen.

Östergötlands läns landstings förvaltningsutskott betonar, i anslutning till vad CRB anfört om rehabiliteringens stora betydelse på det psykiatriska området, "att psykiska faktorer spelar en mera dominerande roll som hinder för återanpassning än fysisk sjukdom eller skada, som kanske från början föranlett uppmärksammandet av ett fall. Härav framgår betydelsen av att den personal som skall placeras i rehabiliteringsverksamhet erhåller en relativt grundlig utbildning i psykologi och enklare psykiatri".

Jönköpings läns landstings sjukvårdsstyrelse framhåller

att utbildningen icke enbart bör förläggas till regionsjukhus och undervisningsjukhus. Med hänsyn till angelägenheten av att utbildning snarast kommer till stånd och i tillräcklig omfattning bör icke någon särskild företrädesrätt givas dessa sjukhus. Man torde kunna utgå från att fullgod utbildning, åtminstone vad gäller viss del av den personal, som skall verka inom rehabiliteringsorganisationen, kan er-

hållas vid centrallasarett med rehabiliteringsklinik och närbeläget arbetsträningsinstitut.

Överläkarföreningen vid Lunds lasarett, vars yttrande överlämnats av Malmöhus läns landstings hälso- och sjukvårdsstyrelse, vill starkt understryka att utbildningen av personal måste påskyndas. "Kurser i rehabilitering bör anordnas vid de regionsjukhus, där rehabiliteringskliniker är verksamma. I Lund skulle sådana kurser kunna anordnas med stöd av socialmedicinska institutionen och Sydsvenska sjukgymnastinstitutet samt krafter från Polioinstitutet och Arbejdsklinikken vid Ortopædisk Hospital i Köpenhamn."

Hallands läns landstings förvaltningsutskott anför följande.

Beredningen anser, att utbildningskraven för tjänster såsom föreståndare och arbetsledare vid arbetsvårdsinstitutioner bör ytterligare utredas i samarbete mellan arbetsmarknadsstyrelsen, medicinalstyrelsen och KÖY. Förvaltningsutskottet vill med skärpa framhålla, att huvudmännen genom sina organisationer måste beredas tillfälle att ha ett avgörande inflytande inom en dylik utredning.

Vad beredningen anfört rörande anställningsvillkoren för olika kategorier av rehabiliteringspersonal torde närmast vara att betrakta som en truism. Det måste ankomma på verksamhetens huvudmän och vederbörande personalorganisationer att taga ställning till dessa frågor.

Örebro läns landstings förvaltningsutskott anser att

en förutsättning för att rehabiliteringsverksamheten skall kunna utbyggas är att utbildning av personal för uppgiften ordnas. Även i detta avseende får man räkna med att handla utifrån de resurser, som för närvarande står till förfogande. Man kan icke räkna med att ge erforderlig personal en sådan grundutbildning att den ger kvalifikationer för alla arbetsuppgifter inom området. I hög grad måste man bygga på fortbildning och en icke oväsentlig uppgift för läkarna inom rehabiliteringen blir att ägna sig åt fortbildning av den personal, som knyts till rehabiliteringsklinikerna.

Gävleborgs läns landstings förvaltningsutskott hävdar att av största betydelse för en effektiv rehabiliteringsverksamhet är även att utbildningen av sjukgymnaster, arbetsterapeuter och kuratorer utökas för att täcka behovet av dylik arbetskraft.

Utskottet understryker även vikten av att tillräckligt antal utbildningsplatser för läkare tillskapas.

Norrbottnens läns landstings förvaltningsutskott framhåller att kravet på förstärkning av rehabiliteringsresurserna är starkt underbyggt och måste leda till kraftiga åtgärder. Framför allt gäller detta utbildning och rekrytering av kvalificerad personal, inte minst sjukgymnaster och arbetsterapeuter — det borde sålunda knappast behövas ytterligare många och

långa utredningar och diskussioner innan man äntligen blir klar för en godtagbar lösning av denna kardinalfråga.

Även *förvaltningsutskotten i Stockholms läns landsting*, i *Kronobergs läns landsting* och i *Blekinge läns landsting*, *hälso- och sjukvårdsstyrelserna i Malmöhus läns landsting* och i *Älvsborgs läns landsting* samt *förvaltningsutskotten i Skaraborgs, Värmlands, Kopparbergs och Jämtlands läns landsting* har understrukit vikten av utökad och förbättrad personalutbildning.

Svenska stadsförbundets sjukvårdsdelegation, *Stockholms stads sjukvårdsstyrelse* och *arbetsvårdschefen i Stockholms stad* har förordat en utbyggnad av rehabiliteringsverksamheten i första hand vid regionsjukhusen framför allt med hänsyn till personal- och utbildningsfrågorna.

Även *sjukvårdsstyrelsen i Göteborg* uttalar sin fulla anslutning till vad beredningen anfört i utbildningsfrågan och erinrar därjämte om sitt förslag om inrättande av en professur i medicinsk rehabilitering i Göteborg.

Svenska arbetsgivareföreningen betonar att utvecklingen på rehabiliteringsområdet går så snabbt framåt att dagens behandlingsmetoder inom ett fåtal år kan vara starkt föråldrade. "Tyngdpunkten bör således till en början läggas mera på utbildning — och vidareutbildning — av vårdpersonalen och mindre på investeringar i nya anläggningar."

LO framhåller att på samma sätt som inom andra områden där verksamheten håller på att ta form gäller att det i första hand är vidareutbildningen av olika personalgrupper, som måste utvecklas och intensifieras. LO vill därför instämma i beredningens mening att särskilda orienteringskurser anordnas för den nya personal, som måste engageras i samband med verksamhetens utbyggnad.

TCO tillstyrker den av CRB föreslagna utredningen (om utbildning för personal inom arbetsvården) i samarbete mellan arbetsmarknadsstyrelsen, medicinalstyrelsen och överstyrelsen för yrkesutbildning men framhåller samtidigt att den redan planerade vidareutbildningen inte får försummas innan den föreslagna utredningen verkställts.

TCO understryker också det väsentliga i att utbildningen är upplagd i enlighet med de krav som ställs på vederbörande befattningshavare.

Sveriges läkarförbund förordar i anslutning till promemorians synpunkter på värdet av viss samundervisning för skilda personalkategorier i rehabiliteringsteamet att den allmänna samordningen mot gemensamma mål

hellre bör komma till stånd genom gemensamma organisationer, kongresser, efterutbildningskurser etc. än genom en samordnad grundutbildning.

Svenska läkaresällskapet understryker betydelsen av att utbildningen inom rehabiliteringsområdet stimuleras.

Läkaresällskapets sektion för neurologi vill särskilt

understryka beredningens förslag att olika personalgrupper erhåller samundervisning. Detta bör lämpligen ske med fortlöpande kurser, där representanter för arbetsvården och den medicinska sektorn får tillfälle att diskutera och härigenom få möjlighet till ökad förståelse för varandras verksamhetsfält. Vi vill föreslå att beredningen i sitt fortsatta arbete lämpligen tillsätter en utbildningskommitté, som snarast tar upp dessa frågor till praktisk lösning.

Sektionen för åldersforskning framhåller särskilt att personalen är alltför otillräcklig "inom åldringssjukvården och annan vård av långvarigt kroppssjuka såväl den öppna som den slutna".

Svensk sjuksköterskeförening anser att den undervisning i rehabilitering som ingår i den nuvarande sjuksköterskeutbildningen bör utökas och

förutsätter att 1962 års kommitté för sjuksköterskeutbildningen beaktar detta utökade utbildningsbehov vid översynen av sjuksköterskeutbildningen. Dessutom krävs fortbildningsverksamhet i synnerhet för de sjuksköterskor, som erhållit sin utbildning innan frågan om betydelsen av rehabilitering blivit mera allmänt erkänd.

Kurser i rehabilitering bör anordnas både centralt, regionalt och lokalt, gärna gemensamt med olika yrkesgrupper inom rehabiliteringsteamet såsom beredningen föreslagit. Det är synnerligen betydelsefullt med en fortlöpande undervisning på arbetsplatsen inom detta område, som i likhet med sjukvården i övrigt troligen kommer att snabbt utvecklas och förändras.

SSF kommer, med anledning av att föreningen anser rehabiliteringsfrågan ha prioritet, att i maj månad innevarande år anordna en veckas kurs i rehabiliteringsfrågor för sjuksköterskor i öppen och slutna vård.

I syfte att få fram ledande och för rehabilitering intresserade personer bör även stipendier ges för studieresor i länder, där man hunnit längre i fråga om rehabiliteringen. Dylika stipendier bör alltså göras tillgängliga även för sjuksköterskor.

Föreningen Sveriges arbetsterapeuter uttalar tillfredsställelse över CRB:s krav på utbildning av personal för rehabiliteringsverksamheten och instämmer även i beredningens förslag om fortbildningskurser för redan utbildad personal. Föreningen, som ifrågasätter lämpligheten av korrespondensstudier och studier på egen hand, förordar att fortbildningskurser i viss utsträckning bör omfatta gemensam undervisning för olika personalkategorier och praktiska demonstrationer, vilket torde vara befrämjande för lagarbetet.

Svenska försäkringsbolags riksförbund anser att den allmänt omvittnade bristen på personal särskilt bör uppmärksammas. ”En mycket viktig åtgärd måste därför vara att noggrant uppställa prognoser angående personalbehovet och planlägga utbildningen för denna personal.”

SVCK framhåller det svåra problem som bristen på kompetent personal utgör och anför att eftersom kravet på en kompetent ledning för de många kliniker, som planeras, är av fundamental betydelse, anser *SVCK* att efterutbildningskurser bör anordnas i medicinalstyrelsens och arbetsmarknadsstyrelsens regi av arbetskliniken i samarbete med karolinska sjukhusets avdelning för fysioterapi och medicinsk rehabilitering, i första hand för läkare, som avser att söka rehabiliteringsöverläkartjänster.

De vanföras riksförbund delar *CRB*:s uppfattning om utbildningsbehovet och anser att denna utbildning bör ha en

mer fast organisation och vara gemensam för flera yrkesgrupper inom rehabiliteringen. Personalen vid rehabiliteringen bör redan från början ha gemensam inriktning och grundsyn på sitt arbete. Att ge denna utbildning i huvudsak genom brevkurs finner *DVR* mindre tillfredsställande. Även under tiden tills utbildningsfrågorna fått en mera definitiv lösning bör utbildningen följa ett fastare schema.

Förbundet vill i detta sammanhang även taga upp utbildningsfrågan för bandagepersonalen. Det råder f. n. brist på sådan personal och den nuvarande utbildningskapaciteten synes icke vara tillräcklig för att tillgodose behovet. Utbildningen är icke heller, enligt förbundets uppfattning, ordnad på ett tillfredsställande sätt. Bandagister och bandagemästare får f. n. sin utbildning vid de ortopediska kliniker, varvid den teoretiska undervisningen sker genom enskilda studier per korrespondens. Såväl den teoretiska undervisningen som viss del av verkstadsutbildningen bör ordnas i anslutning till teknisk skola och motsvara lägre verkstärexamen. Även ortopedmekanikerutbildningen måste göras mer attraktiv för att de ortopediska verkstäderna skall kunna konkurrera med industrin om denna arbetskraft. Såväl utbildningsplaner som frågan om löneförmåner under utbildningstiden bör omprövas. Förbundet vill föreslå att överstyrelsen för yrkesutbildning får i uppdrag att utforma nya kursplaner och kompetenskrav för olika slag av bandagepersonal.

Riksförbundet föreslår även att distriktsläkare och -sköterskor skall beredas möjlighet att utan kostnad och förlorad arbetsförtjänst genomgå kurser, där information lämnas om tillgängliga rehabiliteringsmöjligheter för handikappade.

Hörselfrämjandets riksförbund betonar behovet av ökad utbildning av samtliga personalgrupper inom det audiologiska teamet.

Handikapporganisationernas centralkommitté framhåller

att vi i vårt land fortfarande endast har ett mycket litet antal rehabiliteringsläkare. Här gäller det bl. a. att få fram ett ställningstagande i fråga om vilken utbildning sådana läkare bör ha, vidare att öka antalet utbildningsplatser, och dessutom att — i avvaktan på att antalet sådana platser blir tillräckligt — under en övergångstid utnyttja de möjligheter till utbildning utomlands av rehabiliteringsläkare som torde kunna erbjuda sig och som befinnes vara lämpliga. I detta avseende torde det vara lämpligast att vissa institutioner i andra länder t. ex. USA, England och Västtyskland utväljes, och att särskilda utbildningsavtal träffas med dessa institutioner. Härigenom vinnes bl. a. att en utbildning utomlands lättare låter sig värderas, vilket är av betydelse både för vården och för vederbörande läkare.

Centralkommittén konstaterar också att tillgången på sjukgymnaster, arbets- och sysselsättningsterapeuter, psykologer och kuratorer är helt otillräcklig. Detsamma anses gälla om t. ex. bandagister och flera andra grupper av nödvändiga tekniker för rehabiliteringen.

Av utomordentlig vikt är vidare tillgången på lärare av olika slag, dels sådana som skall bibringa patienter och handikappade olika färdigheter för det dagliga livet, viss yrkes- eller arbetsträning eller en för gruppen avpassad allmänbildning.

Även på arbetsvårdssidan föreligger personalproblem. På denna sida erfordras experter som kombinerar en ingående sakkunskap om arbetsmarknaden med kännedom om olika handikappgruppers möjligheter och behov. En del av dessa befattningshavare bör erhålla viss insikt i vilka slag av arbetsuppgifter som passar för olika grupper av handikappade, vilket torde förutsätta även rätt omfattande arbetstekniska insikter. Likaså erfordras specialutbildning av arbetsledare vid t. ex. skyddade verkstäder.

I fråga om *rekryteringsproblemen* göres vidare följande uttalanden.

I anslutning till CRB:s konstaterande att utbyggnaden av rehabiliteringsverksamheten hämmats av brist på utbildad personal anför *medicinalstyrelsen* att en ökad och förbättrad utbildning planeras inom många områden, exempelvis för sjukgymnaster, arbetsterapeuter och socionomer.

Direktionen för karolinska sjukhuset betonar att den påtagliga och oroväckande bristen på personal är

ett förhållande, som varit välkänt sedan många år, varför man gärna sett att beredningen sökt belysa läget med en siffermässigt underbyggd prognosutredning rörande såväl behovet av rehabiliteringsplatser som framför allt nuvarande och framtida tillgång på olika personalkategorier och därmed sammanhängande utbildnings- och lönefrågor. Utan ett sådant underlag kommer fortsatta diskussioner i denna fråga att präglas av samma osäkerhet som hittills.

Södermanlands läns landstings förvaltningsutskott betonar att utbyggnaden och organisationen av rehabiliteringsklinikerna framför allt blir beroende av tillgången på personal och anser att den konstaterade bristen

bör föranleda att "uppbyggnaden av förutsatt rehabiliteringsverksamhet sker i takt med beräknad personaltillgång och avväges i förhållande till andra lika angelägna behov av ifrågavarande personal. Härutinnan har beredningen beklagligtvis icke gjort några bedömanden".

Kristianstads läns landstings förvaltningsutskott anser att man sannolikt måste räkna med en betydande eftersläpning i personaltillgången "även vid 10-årsperiodens slut — icke minst med hänsyn till det oerhörda personalbehovet inom ett flertal andra medicinska vårdgrenar".

Göteborgs och Bohus läns landstings förvaltningsutskott framhåller att eftersom den sektor av de nya årskullarna som kan värvas för vårddyrkena troligen inte inom överskådlig framtid kan vidgas väsentligt i konkurrens med näringslivet, torde den fortsatta utbyggnad av landstingsverksamheten som landstingen själva planerar resp. får beställning på från statsmakternas sida inte kunna genomföras i önskvärd takt på grund av personalrekryteringssvårigheter, i synnerhet i fråga om långtidsutbildad personal av alla kategorier. Detta gäller naturligtvis alldeles speciellt vårdgrenar som i nuvarande utbyggnadsskede inte ger möjlighet till teoretisk och praktisk utbildning av ens någorlunda tillfredsställande omfattning.

Som tidigare nämnts förordar utskottet därför i första hand utbyggnad vid regionsjukhusen.

Svenska läkaresällskapetets sektion för neurologi gör följande uttalande.

Beredningen framhåller, att ett allvarligt hinder för en utbyggnad av rehabiliteringsorganisationen är den påtagliga och oroväckande bristen på personal med erforderlig utbildning inom olika områden. Detta är förhållanden, som varit välkända sedan många år, varför man blir förvånad över att beredningen icke gör någon ansats till att belysa detta läge med en siffermässigt underbyggd prognosutredning rörande såväl behov av rehabiliteringsplatser som alldeles särskilt tillgång på olika personalkategorier — dess utbildning och löneläge. Utan en sådan bas vilar den fortsatta diskussionen på lösan sand.

Sektionen för psykiatri framhåller de stora personalrekryteringsproblem, som kommer att uppstå vid genomförandet av den planerade rehabiliteringsorganisationen.

Redan i de betänkanden som tidigare förelagts oss rörande mentalsjukvårdens och alkoholvårdens utbyggnad ställs så höga krav på läkartillgången att de på intet sätt står i proportion till utbildningskapaciteten i landet. Även om vi inser behovet av en snabb utbyggnad av rehabiliteringsorganisationen, finner vi det dock optimistiskt att söka åstadkomma en så av medicinsk-psykiatrisk verksamhet dominerad rehabiliteringsorganisation som den av CRB föreslagna inom en 10-årsperiod.

Även *Svenska försäkringsbolags riksförbund* har som ovan nämnts efterlyst prognoser angående personalbehovet.

Handikapporganisationernas centralkommitté anser det i planeringen av rehabiliteringsverksamheten vara betydelsefullt

att man i främsta rummet ägnar personalproblemen uppmärksamhet och på allt sätt stödjer strävandena att häva den brist som nu föreligger. Överhuvudtaget kräver personalfrågorna en kontinuerlig översyn och i detta arbete är det ofrånkomligt att rehabiliteringens anspråk beaktas ännu mer konsekvent än som hittills skett.

Vi menar därför att de utredningar och åtgärder som redan vidtagits bör över ses av CRB och att de synpunkter som framförts beaktas vid de fortsatta kontinuerliga behovsprognoser som bör förekomma. I detta arbete bör en fullständig kartläggning av alla de personalgrupper som kommer i fråga för olika områden åstadkommas.

Centralkommittén framhåller också att det vid bedömande av personaltillgång och personalbehov för rehabiliteringsverksamheten är viktigt att man på alla områden försöker stimulera till ökade insatser.

Härvid gäller inte minst att även göra tjänsterna tilltalande ur de anställnings sökandes synpunkt i vad det gäller löne- och arbetsvillkor, ersättning för obehövlig arbetstid etc. Åtgärder i antydd riktning är utslagsgivande för att inom överskådlig tid kunna fylla de luckor som finns i fråga om befattningshavare inom rehabiliteringen på personalsidan.

Kommentar

Som framgår av remissyttrandena delas allmänt uppfattningen att en utbyggnad av rehabiliteringsverksamheten förutsätter krafttag för en lösning av utbildnings- och rekryteringsfrågorna.

I fråga om utbildningen av de båda personalgrupperna sjukgymnaster och arbetsterapeuter synes ett förverkligande av det i proposition 1964: 43 framlagda förslaget komma att innebära en välbehövlig förstärkning av utbildningsresurserna både kvalitativt och kvantitativt. Likaså har förslag framlagts om reformering av socionomutbildningen (proposition 1964: 48). I fråga om psykologutbildningen pågår på uppdrag av kanslern för rikets universitet utredning avseende såväl innehållet i denna utbildning som det antal studerande, för vilket utbildningsresurser erfordras.

CRB vill framhålla betydelsen av att fortlöpande prognoser upprättas rörande utbildningsbehovet på nämnda områden så att resurserna successivt kan anpassas med hänsyn till efterfrågan på sådan personal. Härvid synes bl. a. böra beaktas behovet av social utbildning för vissa personalgrupper inom arbetsvården.

CRB förutsätter att erforderliga initiativ tages av vederbörande myndigheter och organ för att såväl genom provisoriska åtgärder som genom en mera långsiktig planering tillgodose behovet av rehabiliteringspersonal på skilda områden samt att hänsyn härvid tages till nödvändigheten av att de olika personalkategorierna skall kunna intimt samarbeta och därför måste

ha ingående kunskap om varandras uppgifter i rehabiliteringsverksamheten. Det föreslagna inrättandet av en professur i ämnet medicinsk rehabilitering betraktar CRB som ett viktigt steg när det gäller att inom läkarutbildningen mera inrikta uppmärksamheten på rehabiliteringsuppgifterna. De socialmedicinska institutionernas uppgifter på detta område har antyts redan i beredningens promemoria.

KAPITEL 12

Kostnader och finansiering

Promemorian

I detta avsnitt av promemorian erinras om att CRB redan i inledningskapitlet framhållit, att om erforderliga samhällsinsatser på rehabiliteringsområdet fördröjes eller får en alltför begränsad omfattning, detta icke blott kommer att gå ut över de enskilda, vilkas vårdbehov härigenom blir försummat, utan även kan väntas leda till icke oväsentliga produktionsförluster samt till ökade kostnader för det allmänna. Dessa kostnader skulle icke minst drabba den allmänna försäkringen, då bl. a. antalet fall av långvarig sjukskrivning och förtidspensionering härigenom kan bli avsevärt större än om erforderliga rehabiliteringsresurser funnits att tillgå.

Då de ökade kraven i väsentlig grad sammanhänger med de beslutade stora försäkringsreformerna, måste det förutsättas att statsmakterna är beredda att medverka vid lösningen av dessa problem.

En utbyggnad av rehabiliteringsorganisationen kräver avsevärda ekonomiska insatser men beredningen har icke ansett det möjligt att mera exakt beräkna dessa. De rehabiliteringslokaler som 1961 färdigställdes vid centrallasarettet i Danderyd, och som är avsedda för ett invånarantal av 200 000, anges i promemorian ha dragit en kostnad av 5,63 miljoner kronor. Rehabiliteringsklinikerna vid regionsjukhusen kan väntas bli betydligt mera kostnadskrävande än centrallasarettens kliniker. Från dessa utgångspunkter kan det antagas att de angivna medicinska rehabiliteringsinstitutionerna kommer att kräva investeringar, som ej understiger 200 miljoner kronor, vartill kommer utrustningskostnaden, vilken i allmänhet beräknas till ca 30 % av anläggningskostnaden. Skulle utbyggnaden komma att fördröjas, måste man räkna med en betydande stegring av de sålunda angivna investeringskostnaderna.

I promemorian förordas att den vid regionsjukhusen erforderliga utbyggnaden skall ske så snabbt som möjligt och i vart fall vara slutförd under den närmaste 10-årsperioden. En successiv utbyggnad förutsätts samtidigt äga rum vid centrallasaretten och de övriga sjukvårdsinstitutioner som här kan komma i fråga (mentalsjukhus etc.).

I kapitlet om skyddad verksamhet har betonats att beredningen anser det icke minst från samordningssynpunkt värdefullt, att landstingen och storstäderna, som har att svara för utbyggnad och drift av resurserna inom den medicinska sektorn av rehabiliteringsverksamheten och som påtagit sig

ansvaret för anordnande och drift av institutioner för arbetsträning, även blir huvudmän för den skyddade verksamheten. Även i fråga om träningsverkstäder och resurser för skyddad verksamhet föreligger ett stort och kostnadskrävande utbyggnadsbehov. Arbetsmarknadsstyrelsen har i sina anslagsäskanden för 1963/64 uppskattat platsbehovet för här berörda ändamål till ca 20 000, medan platstillgången kunde beräknas bli ca 4 200 vid slutet av år 1962.

Mot bakgrund av dessa siffror framhålls i promemorian att det kan ifrågasättas, om landstingen och städerna utanför landsting i allmänhet har praktisk möjlighet att utan särskilt ekonomiskt stöd bygga upp en organisation av här antydd omfattning inom en nära framtid utan att därigenom eftersätta andra uppgifter som åvilar dem. Närmare överväganden anses därför krävas rörande finansieringen av rehabiliteringsorganisationen.

I detta hänseende anges förhållandena för närvarande vara i korthet följande.

Kostnaderna för den på senare år påbörjade utbyggnaden av den till sjukhus förlagda rehabiliteringsverksamheten har hittills åvilat de enskilda sjukvårdshuvudmännen. I den mån de särskilda avtalen om vissa statsbidrag till undervisningssjukhusen blir tillämpliga i förevarande sammanhang, kan denna verksamhet vid sådana sjukhus komma att till viss mindre del bli berättigad till dylikt bidrag. I fråga om driftsidan gäller att för slutet vård ersättning utgår från sjukförsäkringen med i regel 5 kr per vård dag. Den öppna — i många fall snarare ”halvöppna” eller ”halvslutna” — rehabiliteringsverksamheten vid sjukhus är i ersättningshänseende icke generellt reglerad. I 1961 års sjukförsäkringsutrednings uppdrag ingår bl. a. att pröva här berörda ersättningsfrågor.

För institutionerna för arbetsträning och skyddad verksamhet gäller särskilda bestämmelser om statsbidrag såväl i fråga om anordnande som drift. I det förra avseendet har under de senaste åren förmånligare bestämmelser än de tidigare gällande fastställts. I fråga om driftbidragen har förslag till förbättringar framlagts såväl av arbetsmarknadsstyrelsen i dess anslagsäskanden för 1963/64 som i en särskild inom socialdepartementet utarbetad promemoria. I denna promemoria föreslås även att utbildningsbidrag, till hälften bekostade av staten, skall kunna utgå till klient under högst fyra månaders arbetsträning eller skyddad sysselsättning. Beredningen hänvisar beträffande sistnämnda frågor till sitt yttrande den 14 november 1962 över ovannämnda departementspromemoria, vari CRB erinrat om att arbetsträningen, särskilt i sin första fas, ofta ingår som ett led i en arbetsprövning. Då sådan prövning kan äga rum vid institutioner såväl inom sjukvårdens som inom arbetsvårdens ram, bör den i sin helhet berättigad till statsbidrag efter enhetliga principer.

I detta sammanhang understryks starkt att om rehabiliteringen skall av

patienten upplevas som en enhetlig process, syftande till ett positivt mål, måste även hans förhållanden under denna process ekonomiskt och administrativt regleras på ett sätt, som motsvarar denna målsättning. Det förutsetts att dessa frågor i första hand beaktas av 1961 års sjukförsäkringskommitté och att erforderlig samordning kommer till stånd mellan bidragsförhållandena inom den medicinska sektorn och inom arbetsvården.

Av promemorian framgår att beredningen anser frågan om ekonomiskt stöd åt sjukvårdshuvudmännen för de med den medicinska rehabiliteringen förenade kostnaderna icke på längre sikt kunna skiljas från frågan om fördelningen av sjukvårdens kostnader i övrigt mellan staten å ena sidan samt landstingskommuner och landstingsfria städer å den andra. Frågan om sammanförande av de nu utgående speciella statsbidragen till sjukvården till ett generellt, efter invånarantal eller liknande grund utgående statsbidrag är sedan länge aktuell. Kostnaderna för den medicinska rehabiliteringen gör det än mera angeläget att denna fråga bringas till en snar lösning och att hänsyn även tages till rehabiliteringsinsatserna i samband med bestämmandet av storleken av ett sådant statsbidrag. Beredningen uppger sig dock ha erfarit att det torde kunna dröja åtskilliga år innan ett sådant bidragssystem realiserar.

I avvaktan på ett generellt statligt driftbidrag till de kommunala sjukvårdshuvudmännen förordas därför statsbidrag i annan form till driftkostnaderna vid de blivande rehabiliteringsklinikerna. Beredningens motivering härför är dels en önskan att påskynda en utbyggnad av rehabiliteringsklinikerna och dels det förhållandet att dessa kliniker i icke ringa utsträckning torde komma att sysselsättas med patienter, för vilkas vård huvudmannaskapet helt eller delvis åvilar staten (mentalsjuka, alkoholskadade, kriminalvårdsklientel etc.).

Driftkostnaderna vid rehabiliteringsklinikerna väntas bli avsevärda med hänsyn både till de relativt utrymmeskrävande lokaler, som erfordras, och den kvalificerade personal, som är behövlig för verksamhetens bedrivande. Ett driftbidrag anses icke kunna baseras på ett visst belopp per vård dag, eftersom rehabiliteringsklinikerna i stor utsträckning beräknas fungera som serviceavdelningar till andra kliniker och då man dessutom har att räkna med ett betydande antal s. k. dagpatienter. I stället föreslås att ett statligt driftbidrag fastställs att utgå med hälften av lönekostnaderna för den vid rehabiliteringskliniker anställda speciella rehabiliteringspersonalen, d. v. s. läkare, psykologer, arbetsterapeuter, sjukgymnaster, kuratorer, arbetsledare vid provningsavdelningar och sjuksköterskor.

För att utbyggnaden av den medicinska rehabiliteringsorganisationen tillräckligt snabbt skall kunna förverkligas anses det vidare nödvändigt, att redan under den allra närmaste tiden effektiv hjälp med finansieringen av denna utbyggnad lämnas huvudmännen. Om icke vägen över riksstaten väljes, anses det härvid böra övervägas att nu fullfölja den i samband med

beslutet om den allmänna tilläggs pensioneringen (ATP) framförda tanken, att en del av kostnaderna för utbyggnaden av rehabiliteringsorganisationen skall bäras av tilläggs pensioneringen. Här erinras om att dåvarande chefen för socialdepartementet i proposition den 13 mars 1959 med förslag till lag om försäkring för allmän tilläggs pension m. m. (nr 100, sid. 70), anförde att det borde övervägas att låta tilläggs pensioneringen bära en del av kostnaderna för den utbyggda rehabiliteringsorganisation, som planerades, eftersom denna komme att minska behovet av förtidspension och följaktligen leda till besparingar för pensioneringen. Även särskilda utskottet underströk i sitt utlåtande samma år över propositionen (nr 1, sid. 116) vikten av departementschefens däri gjorda uttalande, att en väl utbyggd rehabiliteringsorganisation är nödvändig för att man genom lämpliga åtgärder effektivt skall kunna minska behovet av förtidspension. I likhet med departementschefen ansåg utskottet, att i den mån rehabiliteringsåtgärder kunde anses leda till minskning av försäkringens utgifter för utbetalning av pensioner, försäkringens medel borde kunna användas till finansiering av rehabiliteringsverksamheten.

Principen att socialförsäkringen bidrager till vissa kostnader för rehabilitering är för övrigt icke ny. Fr. o. m. 1921 till mitten av 1930-talet bestreds sålunda utgifterna för pensionsstyrelsens invaliditetsförebyggande verksamhet praktiskt taget helt av pensionsförsäkringsfondens överskottsmedel. Medel från folkpensioneringsfonden har även senare använts för investering i pensionsstyrelsens (numera riksförsäkringsverkets) sjukhus och sjukhusavdelningar.

I detta sammanhang erinras om att det inte minst ur arbetsmarknadsparternas synpunkt är angeläget att sådana åtgärder kommer till stånd som i framtiden kan minska behovet av förtidspensioner.

När det gäller formerna för ett engagemang från försäkringens sida föreslås i första hand att räntefria lån ur allmänna pensionsfonden ställas till huvudmännens förfogande för erforderliga investeringar framför allt i rehabiliteringsorganisationen vid sjukhusen. Som en annan möjlighet anges att under t. ex. en 5-årsperiod den eljest utgående ATP-avgiften ökas med en speciell avgift, vilken användes till bidrag för inrättande av rehabiliteringsinstitutioner av här avsett slag. En ökning av avgiften med exempelvis 0,2 procent av avgiftsunderlaget beräknas uppskattningsvis motsvara 50—60 miljoner kr per år.

Om tills vidare särskilda bestämmelser för statsbidrag till anordnande av träningsverkstäder och verkstäder för skyddad sysselsättning bibehålles, skulle de här föreslagna finansieringsmöjligheterna i vad avser utbyggnaden av rehabiliteringsorganisationen begränsas till den medicinska rehabiliteringsinstitutioner. Det föreslås härvid böra ankomma på medicinalstyrelsen eller centrala sjukvårdsberedningen att pröva, om ett bygg-

nadsprojekt avser sådan verksamhet, att räntefritt lån respektive bidrag av ATP-medel kan ifrågakomma för dess finansiering.

Remissyttrandena

Remissinstanserna har i anslutning till avsnittet om kostnader och finansiering gjort dels mera *principiella uttalanden i kostnadsfrågan* och dels konkreta ställningstaganden till beredningens alternativa förslag om *statsbidrag till finansieringen av vissa delar av rehabiliteringsorganisationen*. Ett par uttalanden om *patientens ekonomiska situation* görs även. Bland de allmänt principiella uttalandena märks följande.

1961 års sjukförsäkringsutredning framhåller utan att ingå på en närmare prövning av de principiella frågorna kring sjukvårdens finansiering, att alla hälso- och sjukvårdande åtgärder i princip leder till minskade utgifter för den allmänna försäkringen. Rehabiliteringsåtgärderna är alltså ej ensamma härom. Sjukförsäkringsutredningen, inom vilken diskussion föres om sjukvårdens finansiering, har i och för sig ingen erinran mot åtgärder, som kan leda till den snabba utveckling av rehabiliteringsåtgärderna, som bedömts erforderlig. Det bör emellertid uppmärksammas, att kroppssjukvårdens statsbidragsutredning har till uppdrag att samordna statsbidragen till kroppssjukvårdens huvudmän. Sjukförsäkringsutredningen anser med hänsyn härtill att tillskapandet av nya statsbidrag på detta område i nuvarande läge icke är tillrådligt. Vidare bör i sammanhanget observeras, att särskilda statliga investerings- och driftbidrag — efter vad sjukförsäkringsutredningen under hand erfarit — föreslagits skola utgå till landstingskommunerna för deras övertagande av statens mentalsjukvård. Sjukförsäkringsutredningen får i anslutning härtill framhålla önskvärdheten av att ett samlat grepp toges över finansieringen av den allmänna sjukvården som för närvarande bestrides med dels — och till övervägande del — landstings- eller kommunalskattemedel, dels statsbidrag, dels ock vissa ersättningar från sjukförsäkringen samt avgifter från enskilda.

Beträffande ersättning till sjukvårdens huvudmän för s. k. halvöppen vård framhålls att denna fråga ingår såsom en del av utredningens uppdrag att undersöka huruvida erläggandet av sjukhusavgifter kan utgå ur försäkringen.

Riksförsäkringsverket framhåller att, även om det är uppenbart att socialförsäkringen har ett stort intresse av att resurserna för rehabilitering ökas, bör enligt riksförsäkringsverkets förmenande här ifrågasvara kostnader täckas genom anslag från landstingskommunerna eller över riksstaten.

Statskontoret uttalar endast att finansieringen bör ske på för statlig och statsunderstödd verksamhet gängse sätt.

Svenska landstingsförbundets styrelse anser det rent principiellt riktigt att "en väsentlig del av kostnaderna för rehabiliteringsorganisationen bäres

av socialförsäkringen, eftersom en utbyggd rehabilitering avsevärt kommer att minska kostnaderna för förtidspension. I själva verket torde den snabba utbyggnad av rehabiliteringsorganisationen, som beredningen föreslår, icke minst vara betingad av socialförsäkringens behov, vilket förtjänar att särskilt beaktas när det gäller avvägningen av bidragen till sjukvårdens huvudmän”.

Styrelsen framhåller vidare följande.

En omständighet som i detta sammanhang förtjänar att särskilt uppmärksammas är de enskilda landstingens växlande förmåga att ta på sig nya och kostnadskrävande uppgifter.

Därest det statliga stödet till rehabiliteringsverksamheten icke kommer att täcka huvudparten av kostnaderna, blir det en tvingande nödvändighet att komplettera systemet med en direkt statlig insats i skatteutjämnande avseende. En dylik insats är för övrigt redan nu motiverad och kommer att bli än mera behövlig vid de överflyttningar av nya uppgifter på landstingen som nu är aktuella.

Det är självfallet förbundet med stora svårigheter att bedöma beredningens förslag om bidrag till rehabiliteringsorganisationen, då den skisserats i synnerligen vaga ordalag och någon beräkning av kostnaderna icke kunnat göras. Denna omständighet talar för att man — liksom beträffande organisationens utbyggnad — får söka sig fram och att bidragssystemet får utformas med hänsyn till gjorda erfarenheter. Detta kan alltså i nuvarande läge icke slutgiltigt fixeras utan måste anpassas efter utvecklingen.

Uppsala läns landstings hälso- och sjukvårdsstyrelse framhåller att under en följd av år har kostnaderna för rehabiliteringsverksamheten i allt väsentligt burits av landstingen, under det att den ekonomiska vinsten kommit andra samhällsinstanser till godo. Enligt hälso- och sjukvårdsstyrelsens mening bör en skäligare fördelning av rehabiliteringskostnaderna göras. Socialförsäkringen och arbetsmarknadsorganen bör medverka vid finansieringen av driften av rehabiliteringscentraler, träningsverkstäder och skyddade verkstäder i ökad utsträckning, vilket synes angeläget icke minst ur den synpunkten, att ett fullföljande av CRB:s intentioner måste medföra betydligt ökade kostnader.

Södermanlands läns landstings förvaltningsutskott, som ej funnit det motiverat att tilldela landstingen ansvaret för skyddad verksamhet åt andra vårdkategorier än dem för vilka landstingen har ansvaret, anser sig med sålunda angiven uppdelning av huvudmannaskapet kunna tillstyrka föreslagna grunder för investerings- och driftbidrag för rehabiliteringskliniker. Närmare ställningstagande i finansieringsfrågan anser utskottet ej motiverat innan utredning och redovisning av såväl investeringskostnader som driftkostnader gjorts.

Östergötlands läns landstings förvaltningsutskott tillstyrker beredningens förslag till ekonomiskt stöd åt den medicinska rehabiliteringen.

Jönköpings läns landstings sjukvårdsstyrelse anser att vad gäller de bidrag, som landstingen kan påräkna från staten för verksamheten i fråga, bör — i avbidan på en slutlig lösning vad gäller generellt statsbidrag till landstingen — beredningens förslag härutinnan kunna godtagas.

Malmöhus läns landstings hälso- och sjukvårdsstyrelse har med tillfredsställelse noterat beredningens påpekande beträffande angelägenheten för sjukvårdshuvudmännen att kunna bilda sig en klar uppfattning om erforderliga insatser och den omfattning, vari statsbidrag kan påräknas, ävensom beredningens förslag om diskussion och samråd mellan berörda myndigheter. Önskvärdheten av besked i de nämnda hänseendena torde jämväl gälla de primärkommunala huvudmännen beträffande den skyddade verksamheten.

Hallands läns landstings förvaltningsutskott vill i fråga om verksamhetens finansiering

ansluta sig till beredningens åsikt att frågan om ekonomiskt stöd till sjukvårdshuvudmännen för den medicinska rehabiliteringen icke kan skiljas från den större frågan om fördelning av sjukvårdskostnader mellan staten och dess huvudmän på sådant sätt att en effektiv skatteutjämning erhålles, dock utan att huvudmännens handlingsfrihet på något sätt inskränkes. Dessa problem bör lösas med det snaraste. Att i avvaktan därpå införa ett statsbidragssystem av den art beredningen föreslagit, nämligen med hälften av lönekostnaderna för vissa befattningshavare, måste bestämt avstyrkas. Erfarenheten har lärt att intet gott kommer av bidrag med dylik utformning. De inskränker huvudmännens handlingsfrihet och medför en myckenhet administrativt arbete och ger dessutom den statsbidragsbeviljande statsmyndigheten möjligheter att uniformera verksamheten på ett sätt som från utvecklingssynpunkt icke är lyckligt. En annan, schematiskt verkande statsbidragsgrund måste sättas i stället, om man väljer ett provisoriskt statsbidrag.

De här anförda synpunkterna gäller även statsbidragen till arbetsvårdsinstitutioner. Tiden måste nu vara inne att omdana dessa till en schematisk form i stället för de nuvarande lönebidragen. Lämpligen borde alla statsbidrag till landstingskommunerna sammanföras till ett enhetligt bidrag.

Göteborgs och Bohus läns landstings förvaltningsutskott

vill i och för sig gärna understryka CRB:s synpunkter på behovet av betydande ekonomiskt stöd åt verksamheten från statens och försäkringskassornas sida men vill samtidigt hemställa att landstingsförbundets styrelse utan dröjsmål måtte aktualisera frågan om ett nytt statsbidragssystem för landstingskommunerna och därvid förorda, att detta konstrueras med klart skatteutjämnande effekt.

Utskottet betonar dock att förutsättningen för att även de mindre bärkraftiga landstingskommunerna skall kunna följa upp den av CRB skisserade idealmålsättningen om fysisk, psykisk, social och arbetsmässig rehabilitering åt alla är, att de får allt stöd i form av skatteutjämning som kan uppnås utan att aktivitetshämmande kontrollåtgärder måste ställas som villkor från statens sida.

Älvsborgs läns landstings sjukvårdsstyrelse gör följande uttalande.

Då kraven på ökade rehabiliteringsresurser i väsentlig grad sammanhänger med de beslutade stora socialförsäkringsreformerna, har CRB förutsatt att statsmakterna är beredda medverka vid lösandet av dessa problem. Vidare ifrågasätter CRB om landstingen i allmänhet har praktisk möjlighet att utan särskilt ekonomiskt stöd bygga upp en organisation av antydd omfattning inom en nära framtid utan att därigenom eftersätta andra uppgifter, som åvilar dem.

Sjukvårdsstyrelsen vill helt instämma i dessa uttalanden. Likaså biträder sjukvårdsstyrelsen också den uppfattningen att frågan om ekonomiskt stöd åt sjukvårdshuvudmännen för den medicinska rehabiliteringen helst borde lösts i samband med den sedan länge aktuella frågan om fördelningen mellan staten och landstingen av sjukvårdskostnaderna överhuvudtaget. Emellertid har det uppgivits att det torde dröja åtskilliga år, innan en sådan lösning kan realiseras, vilket måste beklagas.

Sjukvårdsstyrelsen framhåller också angelägenheten av att frågan om statens ekonomiska medverkan till utbyggnad av rehabiliteringsresurserna bringas till en lösning så snart som möjligt.

Örebro läns landstings förvaltningsutskott delar beredningens uppfattning att det vore rimligt att använda socialförsäkringsavgifter för utbyggnaden av rehabiliteringsorganisationen.

Utskottet betonar dock samtidigt att de löpande driftkostnaderna kan beräknas bli än mera ekonomiskt betungande.

Gävleborgs läns landstings förvaltningsutskott understryker vikten av att landstingen icke åläggas nya kostnadskrävande uppgifter utan att samtidigt full kompensation erhålles härför.

Jämtlands läns landstings förvaltningsutskott understryker särskilt

att en utbyggnad av en rehabiliteringsorganisation av antydd omfattning inom Jämtlands län kan befaras medföra att andra lika väsentliga uppgifter av ekonomiska skäl måste eftersättas. Utskottet anser sig därför icke kunna taga ställning till den önskade utbyggnaden av rehabilitering i landstingets regi, förrän frågan om bidrag till denna verksamhet från annat håll blivit avgjord.

Västerbottens läns landstings förvaltningsutskott anser att, då rehabiliteringsverksamheten syftar till en återanpassning till näringslivet och minskar belastningen på såväl sjukförsäkringen som förtidspensioneringen, bör staten

svara för huvuddelen av kostnaderna för utbyggnaden, vilken kan komma att fördröjas eller få alltför begränsad omfattning, om icke effektiv hjälp med finansieringen lämnas såväl till anordnandet som till driften. Detta så mycket mer som beredningen räknat med att regionsjukhusen och framför allt undervisningssjukhusen bör utbyggas med sådana resurser, att såväl praktisk som teoretisk utbildning av blivande rehabiliteringspersonal — läkare, sjukgymnaster och arbets-

terapeuter — där kan komma till stånd. Det synes därför förvaltningsutskottet motiverat att staten helt påtager sig de kostnader rehabiliteringsorganisationen kräver.

Norrbottnens läns landstings förvaltningsutskott anser att "förslagen rörande kostnader och finansiering förefaller väl motiverade. Av vikt är bl. a. att utjämna förefintliga rätt irriterande skillnader i de ekonomiska villkoren mellan den medicinska sektorn och arbetsvården".

Svenska stadsförbundets sjukvårdsdelegation finner det ur såväl principiella som sakligt ekonomiska synpunkter riktigt och nödvändigt att kostnaderna för utbyggnaden bäres av socialförsäkringen.

Delegationen framhåller också betydelsen av att finansieringsfrågorna blir lösta på ett sätt, som möjliggör för huvudmännen att utbygga rehabiliteringsorganisationen i den utsträckning och den takt som krävs.

Svenska arbetsgivareföreningen anser att frågan om finansieringen av rehabiliteringsverksamheten "hänger intimt samman med utformningen av skattesystemet. Föreningen vill endast understryka CRB:s uppfattning, att på längre sikt kan de med den medicinska rehabiliteringen förenade kostnaderna icke skiljas från frågan om fördelningen av sjukvårdens kostnader i övrigt".

Föreningen har också velat framhålla att "med hänsyn till de stora kostnader som är förknippade med rehabiliteringsverksamheten, den som är föremål för rehabilitering bör bidra till kostnaderna med en viss egenavgift. Förmåga härtill föreligger, eftersom den som undergår rehabilitering åtnjuter förtidspension".

LO finner sig för närvarande icke kunna ta ställning till finansieringsfrågan med hänsyn till att organisationen av rehabiliteringsverksamheten enligt *LO*:s mening bör avvika från den av beredningen skisserade, ehuru det inte är möjligt att ange hur detta kan komma att påverka kostnaderna.

Rent allmänt vill *LO* dock framhålla att den medicinska rehabiliteringens ställning som en integrerad del av sjukvården anvisar vägarna för dess finansiering. Hur den yrkesinriktade rehabiliteringen skall finansieras måste väl bl. a. bli beroende av vem som skall vara huvudman för verksamheten.

TCO framhåller att skäl inte synes förefinnas för att ekonomiskt särbehandla rehabiliteringsverksamheten i jämförelse med annan sjuk- och hälsovård på sätt som föreslagits. Kostnaderna för denna verksamhet bör öppet redovisas i statens och huvudmännens budget.

Den i promemorian angivna möjligheten att, om vägen över riksstaten icke väljs, ge huvudmännen effektiv finansieringshjälp vid utbyggnaden av rehabiliteringsorganisationen via tilläggs pensioneringen har föranlett uttalanden av ett flertal remissinstanser.

Förslagen i denna del har tillstyrkts av många remissorgan, särskilt bland huvudmännen.

Medicinalstyrelsen ansluter sig till CRB:s förslag i vad detsamma avser möjlighet för huvudmännen att erhålla räntefria lån ur allmänna pensionsfonden för finansieringen av byggnads- och utrustningskostnader för rehabiliteringsklinikerna.

Svenska landstingsförbundets styrelse kan när det gäller bidragen till rehabiliteringsorganisationens uppbyggnad

ansluta sig till beredningens uppfattning, att investeringskostnaderna bör kunna täckas genom lån eller på annat sätt av allmänna pensionsfonden. Dessa lån bör, som beredningen föreslagit, vara räntefria men enligt styrelsens mening även amorteringsfria och avskrivnas med förslagsvis 1/20 för varje år, som institutionen är verksam. Det synes naturligt att utrustningskostnaderna — som kan beräknas uppgå till väsentliga belopp — täckas på enahanda sätt.

Även *Stockholms läns landstings förvaltningsutskott* tillstyrker förslaget att investeringskostnaderna skulle täckas genom lån ur allmänna pensionsfonden. Utskottet anser dock att dessa lån bör vara såväl ränte- som amorteringsfria och att även utrustningskostnaderna bör täckas på enahanda sätt. Bidragsformerna skulle även i sin helhet vara tillämpliga i vad avser redan inrättade rehabiliteringsavdelningar vid centrallasaretten.

Södermanlands läns landstings förvaltningsutskott utgår ifrån att förslaget avsett såväl ränte- som amorteringsfria lån.

Kronobergs läns landstings förvaltningsutskott, vilket såsom eget yttrande avlämnat av direktionen för centrallasaretet i Växjö avgivet utlåtande, finner det av CRB framlagda förslaget om ianspråktagande av ATP-fondmedel

vara väl motiverat och innebära en finansieringsform, som skulle kunna medge en snabb utbyggnad av rehabiliteringen inom landet. Om det sedan skall ske i form av räntefria lån eller med tillhjälp av en särskild temporär höjning av ATP-avgifterna kan diskuteras. Lasarettsdirektionen anser dock att det förstnämnda alternativet vore att föredraga.

Räntefria lån ur ATP-fonden tillstyrks även av *Älvsborgs läns landstings sjukvårdsstyrelse* och av *förvaltningsutskotten i Västernorrlands läns*

landsting och i *Värmlands läns landsting*, varvid dock sistnämnda förvaltningsutskott frambåller

att från bidragssynpunkt denna anordning icke är tillräcklig och att ytterligare ekonomiskt stöd från staten måste sättas in. Vad beredningen i detta sammanhang pekar på som en möjlighet, nämligen en speciell ATP-avgift för denna verksamhet, är så pass intressant att förslaget bör bli föremål för närmare undersökning.

Jönköpings läns landstings sjukvårdsstyrelse samt *förvaltningsutskotten i Örebro läns landsting* och i *Norrbottnens läns landsting* har, som tidigare anförts, principiellt godtagit promemorians förslag i finansieringsfrågorna.

Svenska stadsförbundets sjukvårdsdelegation, som principiellt tillstyrker att kostnaderna för utbyggnaden bäres av socialförsäkringen, finner det dock onödigt komplicerat och även ur andra synpunkter mindre tillfredsställande att därvid, såsom beredningen i ett alternativ föreslagit, gå vägen över en för detta ändamål speciell ATP-avgift.

De framtida avgiftsuttagen till ATP bör så avvägas att även dessa kostnader rymmas inom ATP-fonden. De förslag till avgiftsuttag som riksräkenskapsverket nyligen framlagt torde väl kunna tillgodose detta i förhållande till den samlade ATP-fondens storlek ändå mycket begränsade kapitalbehov. Därest av formella skäl medel till täckande av investeringskostnaderna för den föreslagna utbyggnaden icke kan anslås direkt ur ATP-fonden, vilket ur sjukvårdshuvudmännens synpunkt vore att föredraga, kan delegationen tillstyrka att medel ställs till förfogande i form av lån. En bestämd förutsättning är dock att lånen blir både ränte- och amorteringsfria samt att de avskrivs med förslagsvis 1/20 för varje år som vederbörande institution är verksam.

Sjukvårdsstyrelsen i Göteborg, vilken såsom yttrande åberopar en PM av sjukvårdsdirektören, anser att kostnaden för utbyggnaden bör bäras av socialförsäkringen närmast genom anläggningsbidrag från ATP-fonden eller ock genom ränte- och amorteringsfria lån, som avskrivs med förslagsvis 1/20 om året.

Svenska arbetsgivareföreningen vill beträffande formerna för ekonomiskt engagement från den allmänna tilläggs pensioneringens sida betona att sådana engagement endast är försvarbara, om de kan leda till minskning av kostnaderna för förtidspensioneringen.

CRB:s alternativa tanke att öka avgiften till den allmänna tilläggs pensioneringen med en speciell avgift såsom bidrag för inrättande av rehabiliteringsinstitutioner avvisar föreningen, "då det är helt främmande för finansieringen av ATP att införa avgifter med specialdestination vid sidan om pensioneringen."

Svenska försäkringsbolags riksförbund

finner det icke orimligt att från den allmänna tilläggs pensioneringen — liksom i

andra sammanhang skett från folkpensioneringsfonden — bidrag lämnas till rehabiliteringsverksamheten. Detta bör dock endast förekomma i den mån bidraget kan förutsättas bli uppvägt av en minskning av kostnaderna för förtidspensioneringen inom ATP. En speciell ATP-avgift anser förbundet avgjort olämplig, enär motivet för ett bidrag från ATP skall vara att förtidspensioneringen kommer att avlastas kostnader.

Följande remissinstanser ställer sig avvisande till tanken på lån eller bidrag från tilläggs pensioneringen.

Riksförsäkringsverket, som förordar att här ifrågavarande kostnader täckas genom anslag från landstingskommunerna eller över riksstaten, framhåller att verket inte ansett sig kunna tillstyrka förslagen om räntefria lån ur allmänna pensionsfonden eller höjning av eljest erforderliga avgifter för den allmänna tilläggs pensioneringen, då en sådan finansiering aktualiserar skilda problem av komplicerad natur.

Förvaltningsutskottet i Kalmar läns norra landsting anser att statsbidrag i vanlig ordning bör utgå och att den bästa effekten torde komma att nås genom väl tilltagna statsbidrag.

LO finner inte heller skäl för att lån ur ATP-fonderna skulle utlämnas till ett speciellt ändamål under andra regler än som gäller för fondernas placering i övrigt.

Huruvida en särskild avgift skall uttagas, måste bli beroende av hur skatte- och avgiftsfrågor generellt kommer att lösas. Allmänna skatteberedningen är sysselsatt med frågor vars lösning kan bli av betydelse även för bedömningen av denna fråga.

Även TCO

avstyrker bestämt beredningens förslag att räntefria lån ur allmänna pensionsfonden skall ställas till huvudmännens förfogande för erforderliga investeringar i rehabiliteringsorganisationen vid sjukhusen m. m. ATP-fondernas medel skall enligt gällande regler givas en räntabel placering för att utjämna och minska uttaget av ATP-avgiften.

I fråga om förslagen om bidrag till driftkostnaderna göres även flera uttalanden.

Härvid synes särskilt huvudmännen beredda att tillstyrka att detta bör ingå i ett generellt, statligt sjukvårdsbidrag. Innan ett sådant bidragssystem kan komma till stånd godtar dock flertalet remissinstanser, som berört finansieringsfrågan, det skisserade förslaget om 50 % statsbidrag till vissa kostnadsposter. Dock föreslås i flera fall bidragsprocenten 75 och att bidrag bör utgå även för andra delar av driftkostnaderna.

Medicinalstyrelsen anser i fråga om rehabiliteringsklinikerna på länsplanet att "frågan om eventuellt driftbidrag bör lösas i samband med den allmänna översynen av statsbidragsbestämmelserna". Beträffande driftkostnaderna vid regionsjukhusens rehabiliteringskliniker är styrelsen inte beredd tillstyrka att dessa gives en förmånsställning i jämförelse med övriga regionvårdskliniker genom införande av ett särskilt statligt driftbidrag.

Svenska landstingsförbundets styrelse anför att

vad därefter angår bidraget till driftkostnaderna är styrelsen ense med beredningen att detta bör ingå i det generella sjukvårdsbidrag till landstingen som nu är aktuellt. Innan detta kan ske, måste man emellertid ha en realistisk, på erfarenhet grundad uppfattning om vad den skisserade rehabiliteringsorganisationen drar för kostnader. Åtskilliga år torde vara erforderliga, innan tillräckligt underlag för ett dylikt bedömande föreligger. Man torde därför vara hänvisad till att för en övergångstid konstruera ett särskilt driftbidrag för detta ändamål. Här möter emellertid svårigheten att beräkna, huru stora de verkliga driftkostnaderna kommer att bli. Några som helst antydningar härom ha icke gjorts i promemorian. Beredningens förslag i bidragsfrågan måste därför betecknas som synnerligen grovt tillyxat, och någon möjlighet att bedöma, huruvida detta kommer att innebära en skäligen kostnadsfördelning, finnes icke. Om beredningens förslag godtas som en första utgångspunkt, får man därför vara beredd att — när viss erfarenhet föreligger — justera bidragsgrunderna.

Utän att i detta läge kunna överblicka konsekvenserna av beredningens förslag har styrelsen dock det intrycket att det är allför snävt tillmätt och knappast kan sägas medföra en hälftendelning av kostnaderna mellan staten och landstingen, vilket styrelsen anser som en minimiförutsättning. En höjning av bidragsprocenten till 75 för de lönekostnader beredningen beräknat synes därför motiverad.

Då lönerna fastställs efter centrala förhandlingar med vederbörande personalorganisationer, synes skäl föreligga att statens bidrag får utgå på faktiskt utbetalade löner.

Stockholms läns landstings förvaltningsutskott säger sig

dela beredningens uppfattning att bidrag till driftkostnaderna bör ingå i det generella sjukvårdsbidrag till landstingen, som nu är aktuellt. Innan detta kan komma till stånd måste man dock ha ett tillräckligt underlag för att få en väl grundad uppfattning om vad den skisserade rehabiliteringsorganisationen drar för kostnader och man torde därför under en övergångstid vara hänvisad till ett särskilt bidragssystem. Förvaltningsutskottet får i anledning av beredningens förslag härutinnan anföra att driftbidrag bör utgå för bestridande av alla rehabiliteringsklinikens kostnader. Detta betyder att härvid skall medräknas även kostnader för den personal, som för rehabiliteringsavdelningens räkning utplaceras på vederbörande lasarettens övriga avdelningar, ävensom den personal, som arbetar i öppen vård inom upptagningsområdet. Även bör transport- och behandlingskostnader inom den öppna rehabiliteringsvården medräknas.

Beträffande storleken av den bidragsprocent, som skall gälla intill dess en generell statsbidragsgivning för sjukvården är fastställd vill förvaltningsutskottet icke slutgiltigt uttala sig, men som ett minimum bör 75 % av ovan nämnda kostnader gälla.

Kronobergs läns landsting (yttrandet utarbetat av direktionen för centralallasarettet i Växjö) anser att vad beträffar driften av rehabiliteringsverksamheten bör statsbidrag utgå efter samma linjer som nu gäller eller kommer att gälla för arbetsprövning och arbetsträning.

Kalmar läns norra landstings förvaltningsutskott framhåller att, även om det självfallet kan vara angeläget att ett speciellt statsbidrag utgår till de ifrågavarande driftkostnaderna (lönekostnaderna för viss personal), synes emellertid ett enhetligt bidrag för landstingsdriven hälso- och sjukvård vara att föredraga. Hithörande frågor har varit föremål för utredning sedan ett 20-tal år tillbaka, och enligt utskottets mening torde nu skäl finnas för att principförslag om generella statsbidrag snarast föreläggas riksdagen. Under denna förutsättning torde åtgärder med anledning av förslaget om driftbidrag lämpligen böra anstå.

Hallands läns landstings förvaltningsutskott ansluter sig till uppfattningen att frågan om ekonomiskt stöd till sjukvårdshuvudmännen för den medicinska rehabiliteringen icke kan skiljas från den större frågan om fördelning av sjukvårdskostnader mellan staten och dessa huvudmän.

Älvsborgs läns landstings sjukvårdsstyrelse anser att CRB:s förslag om statligt driftbidrag bör kunna godtas. Vid de förhandlingar i driftbidragsfrågan, som sedermera torde bli aktuella, bör beaktas att de landsting, som redan anordnat rehabiliteringskliniker, bör komma i åtnjutande av samma driftbidrag som nytillkommande kliniker.

Örebro läns landstings förvaltningsutskott framhåller att även bidrag till driftkostnaderna rimligen skulle kunna utgå från socialförsäkringen. Dessa problem torde böra upptagas till prövning inom den nu arbetande sjukförsäkringsutredningen.

Kopparbergs läns landstings förvaltningsutskott anför att det synes utskottet riktigt, att staten bidrager med hälften av lönekostnaderna såsom beredningen föreslagit. Utskottet delar för övrigt även beredningens uppfattning, att ett statsbidrag till rehabiliteringsverksamheten bör ingå i ett kommande generellt statsbidrag till sjukvården.

Västernorrlands läns landstings förvaltningsutskott anser att det statliga driftbidraget till rehabiliteringsklinikerna, som är föreslaget till 50 % av vissa lönekostnader, bör omfatta alla lönekostnader vid dessa kliniker.

Sett på längre sikt anser förvaltningsutskottet i likhet med beredningen, att det föreslagna statliga driftbidraget bör inarbetas i ett generellt statsbidrag till den av sjukvårdshuvudmännen bedrivna hälso- och sjukvården.

Även *Södermanlands läns landstings förvaltningsutskott*, *Jönköpings läns landstings sjukvårdsstyrelse* och *Norrbottnens läns landstings förvaltningsutskott* synes godta det föreslagna bidragssystemet.

Svenska stadsförbundets sjukvårdsdelegation kan i princip tillstyrka beredningens förslag att bidraget för driftkostnaderna bör ingå i det generella sjukvårdsbidraget. Det föreligger emellertid i dagens läge betydande svårigheter att bedöma storleken av de blivande verkliga driftkostnaderna. Beredningen har ej heller redovisat några som helst kalkyler härutinnan.

Först efter flera års erfarenhet av den utbyggda organisationen kan man erhålla ett tillräckligt säkert underlag för beräkning av driftkostnaderna. Dessförinnan bör icke driftkostnadsbidraget för den utbyggda rehabiliteringsverksamheten integreras i det generella sjukvårdsbidraget. Det synes därför bli nödvändigt att under en övergångsperiod konstruera ett särskilt driftbidrag för detta ändamål.

Beredningens förslag i fråga om driftbidraget utgör en mycket grov uppskattning av de blivande kostnaderna byggt på synnerligen osäkra förutsättningar. Ett statligt bidrag om 50 % av de verkliga driftkostnaderna är enligt delegationens mening ett absolut minimum.

Beredningens förslag om ett statligt bidrag uppgående till hälften av lönekostnaderna för vissa angivna personalkategorier är här icke till fyllest. Även om lönekontot är en stor post på utgiftssidan, så utgör det långt ifrån den totala driftkostnaden. Därtill kommer att förslaget enbart i fråga om lönerna innebär en begränsning som delegationen vill påtala. Enligt beredningens förslag exkluderas exempelvis undersköterskor, terapibehandlings- och assistentpersonal m. fl. Delegationen anser att lönekostnaderna till samtliga yrkeskategorier, som tillhör vårdpersonalen vid rehabiliteringskliniker, skall beaktas vid beräkningen av statsbidrag. Det bör framhållas att nya yrkesgrupper kan tillkomma utöver de ovan nämnda.

För att det statliga bidraget till driftkostnaderna skall få en ur sjukvårdshuvudmännens synpunkt rimlig och skälig proportion måste bidragsprocenten — om den i enlighet med beredningens förslag skall knytas till lönekostnaderna — icke oväsentligt höjas utöver den av beredningen angivna.

Sjukvårdsdelegationen understryker också att, då lönerna fastställs efter centrala förhandlingar med vederbörande personalorganisationer, bör statens bidrag beräknas på faktiskt utgående löner.

Delegationen framhåller även med hänsyn till bristen på säkert underlag för beräkningen av de blivande driftkostnaderna "att det — sedan vissa erfarenheter vunnits — kan bli nödvändigt att redan under den första utbyggnadsperioden justera de bidragsgrunder, som nu kan komma att fastställas".

Sjukvårdsdirektören i Göteborg anser att

driftbidrag kan måhända framdeles ingå i ett generellt sjukvårdsbidrag men tillsvärdare bör ett särskilt driftbidrag för rehabiliteringsverksamheten utgå. Detta bidrag anses böra uppgå till minst 50 procent av verkliga driftkostnaderna. Bered-

ningens förslag om bidrag med hälften av lönekostnaderna för viss personal är icke tillfyllest. All personal måste medräknas och bidragsprocenten icke oväsentligt höjas, därest bidraget skall knytas till lönekostnaderna.

Göteborgs sjukvårdsstyrelse återger följande uttalande ur sitt yttrande den 20 juni 1961 över stadsfullmäktiges rehabiliteringsberednings betänkande.

Statsbidrag utgår till träningsverkstäder, verkstad för skyddad sysselsättning och för halvskyddad sysselsättning. Detta bidrag göres icke beroende av åt vilken nämnd eller styrelse en kommun uppdrager att sköta verksamheten, varför statsbidrag torde kunna utgå till sjukvårdsstyrelsen för sjukhusanslutna träningsverkstäder likaväl som till socialvårdsnämnd för av sådan nämnd drivna skyddade verkstäder. I sammanhanget bör undersökas, om staden icke kan erhålla större statligt bidrag till inrättningar för arbetsvård, detta med tanke på att staten helt bekostar en arbetsklirik i Stockholm.

Svenska försäkringsbolags riksförbund finner principen riktig att driftkostnaderna för rehabiliteringsverksamheten på längre sikt bör bestridas med ett generellt, efter invånarantal eller liknande grund utgående statsbidrag och därvid samordnas med fördelningen av övriga sjukvårdskostnader.

Följande uttalanden har gjorts om patientens ekonomiska förhållanden under rehabiliteringen.

Svenska stadsförbundets sjukvårdsdelegation understryker "vikten av att den enskilde patientens förhållanden under rehabiliteringsprocessen får en tillfredsställande lösning inom socialförsäkringens ram. Detta måste anses utgöra en av grundförutsättningarna för att ernå bästa möjliga resultat av rehabiliteringsåtgärderna".

Örebro läns landstings förvaltningsutskott anser att ett särskilt problem utgör ersättningarna till klienterna under arbetsprovning och arbetsträning. I nyligen framlagd proposition har föreslagits att bidrag skall utgå efter samma grunder som gäller vid omskolning, varvid dock har förutsatts att huvudmannen för arbetsträningsinstitutet skulle svara för halva kostnaden. Anknytningen till utbildningsbidraget synes i och för sig vara lämplig, men bärande skäl har inte förebragts varför en del av denna kostnad skall övervältras på landstingen. För de stora delarna av sjukvården gäller att landstingen svarar för de egentliga sjukvårdskostnaderna. Några bidrag till patienternas uppehälle under sjuktiden utgår emellertid icke från landstingen. Samma princip synes rimligen böra gälla även under rehabiliteringstiden. Därför vore det rimligt att staten helt svarade för bidragen till klienterna under arbetsprovning och arbetsträning.

LO säger sig i yttrande år 1958 ha anslutit sig till tanken på att socialförsäkringarna skall kunna lämna ersättning till den försäkrade under reha-

biliteringstiden och förutsätter att detta skall kunna ske under hela tiden, oavsett inom vilket led av rehabiliteringen den försäkrade befinner sig.

Sektionen för neurologi inom Svenska läkaresällskapet anser att vid beräkning av behovet av medicinska rehabiliteringsvårdplatser särskild vikt bör ägnas frågan om utjämning av patientkostnaderna för den öppna vården i förhållande till den nu så kraftigt subventionerade slutna vården. Fria transporter till och från rehabiliteringscentra för rörelsehindrade bör övervägas etc.

Folksam erinrar om att *Folksam* i sitt yttrande över socialförsäkringskommitténs betänkande har framhållit önskvärdheten av att

all ersättning till den handikappade i samband med rehabilitering borde utges genom försäkringskassorna. Det måste vara förvirrande för den som skall rehabiliteras att erhålla ersättning från flera olika håll och det måste även i hög grad vara försvårande för honom att överblicka och planera sin ekonomiska situation. Under rehabiliteringen bör hemortens sjukförsäkring kunna utgöra en fast punkt för den handikappade och detta icke endast beträffande hans ekonomi.

Kommentar

Med hänsyn till de stora ekonomiska insatser, som utbyggnaden och driften av erforderliga resurser för medicinsk och yrkesmässig rehabilitering kräver, har CRB i sin promemoria ifrågasatt om de kommunala huvudmännen har praktisk möjlighet att utan ett betydande ekonomiskt stöd planera och utbygga verksamheten med utgångspunkt från de faktiska behoven. Om som hittills statsbidrag utginge endast till den yrkesmässiga delen föreläge risk att huvudmännen av bidragstekniska skäl kunde tvingas till avsteg från en sådan utformning av organisationen som eljest skulle framstå som mest rationell, funktionell och ekonomisk bl. a. med hänsyn till utnyttjandet av de knappa personalresurserna.

Om samhällsinsatserna på rehabiliteringsområdet fördröjes eller får en alltför begränsad omfattning kommer detta att gå ut såväl över de enskilda, vilkas vårdbehov härigenom försummas, som över samhället självt i form av produktionsförluster och ökade kostnader för det allmänna. Dessa kostnader skulle som tidigare nämnts icke minst drabba den allmänna försäkringen i form av ökning av antalet fall av långvarig sjukskrivning och förtidspensionering.

I det följande återges ett par från försäkringskassa hämtade exempel, som belyser de stora kostnader, vilka samhället förorsakas genom förtidspensionering. (Hänsyn har icke tagits till ränta på beloppen; uträkningen har gjorts på grundval av nu gällande pensionspristal och basbelopp.)

1. 35-årig gift man erhåller hel förtidspension 1963. Familjen består, förutom av pensionstagaren, av hustru (hemmafru) och två barn, 7 respektive 12 år gamla. Mannens årsinkomst de senaste åren har varit ca 20 000 kr.

Kostnaden blir:

Folkpension	till 67 års ålder	.....	111 903
Tilläggs pension	” ” ” ”	.....	320 133
Hustrutillägg	” ” ” ”	.....	13 629
			Kr 445 665

Kommunalt bostadstillägg utgår ej
Barntillägg är inte medräknade

2. En 45-årig ensamstående kvinna erhåller hel förtidspension. Hon har ett 10-årigt barn.

Kvinnans årsinkomst har de senaste åren varit ca 12 000 kr.

Folkpension	till 67 års ålder	.....	77 993
Tilläggs pension	” ” ” ”	.....	108 307
			Kr 186 300

Här har icke heller medräknats vare sig bostadstillägg eller barntillägg.

Ovan angivna exempel torde ge en klar bild av den rent samhällsekonomiska betydelsen av en framgångsrik, på tidigt stadium igångsatt effektiv medicinsk rehabilitering med arbetsprövning, vid behov kompletterad med arbetsträning. Härtill kommer det rent mänskligt betydelsefulla i att den, som råkat ut för sjukdom och liknande förhållanden, som berövat honom eller henne möjligheterna att genom eget arbete kunna försörja sig och de sina, får all den hjälp som kan ställas till förfogande för att åter bli i stånd härtill.

I sin promemoria framlade CRB icke några detaljerade förslag om utformningen av de statliga bidragsformerna för den medicinska rehabiliteringsverksamheten, utan angav endast vissa alternativa lösningar.

Medan en del remissorgan mera allmänt uttalat, att finansieringen bör ske ”på för statlig och statsunderstödd verksamhet gängse sätt” och en del ansett frågan böra uppmärksammas i samband med kroppssjukvårdens statsbidragsutredning, som har till uppgift att samordna statsbidragen till kroppssjukvårdens huvudmän, har andra remissinstanser — däribland Svenska landstingsförbundets styrelse, åtskilliga landstings förvaltningsutskott och Svenska stadsförbundets sjukvårdsdelegation — ansett det principiellt riktigt, att en väsentlig del av investeringskostnaden bäres av socialförsäkringen. Härvid tillstyrkes formen räntefria lån ur ATP-fonden av medicinalstyrelsen, Svenska landstingsförbundet, Svenska stadsförbundets sjukvårdsdelegation, Svenska försäkringsbolags riksförbund samt en rad sjukvårdshuvudmän. Enligt landstingsförbundets mening borde lånen förutom att vara räntefria även vara amorteringsfria och avskrivnas med för-

slagsvis 1/20 för varje år som institutionen vore verksam. Det syntes enligt förbundet naturligt, att utrustningskostnaderna täcktes på enahanda sätt.

Svenska arbetsgivareföreningen har ansett ett ekonomiskt engagemang från den allmänna tilläggspensioneringens sida försvarbart endast om det kan leda till minskning av kostnaderna för förtidspensioneringen. LO och TCO avstyrker för sin del räntefria lån ur pensionsfonderna. Förslaget om en speciell ATP-avgift avvisas i regel såsom onödigt komplicerat. LO anser dock frågan härom böra bli beroende av hur andra skatter och avgiftsfrågor generellt kommer att lösas och hänvisar till inom allmänna skatteberedningen pågående utredningar.

CRB anser — som framhållits i dess promemoria — frågan om ekonomiskt stöd åt sjukvårdshuvudmännen för rehabiliteringsverksamheten på längre sikt böra lösas i ett större sammanhang. Som också framhållits torde emellertid en sammanslagning av hittills utgående speciella statsbidrag till ett generellt bidrag komma att dröja åtskilliga år. Att märka är vidare att härom pågående utredning närmast avser avlösningen av en rad traditionella bidrag av numera relativt liten ekonomisk betydelse. Parallellt härmed har uppgörelse träffats om nya statsbidrag till landstingen i samband med övertagande av tjänsteläkarorganisationen och mentalsjukvården. Även dessa bidrag torde så småningom kunna inarbetas i ett mera generellt bidragssystem.

Även när det gäller den enskilda patientens förhållanden har beredningen understrukt, att de måste ekonomiskt och administrativt regleras på sådant sätt att rehabiliteringen av patienten upplevs som en enhetlig process och att erforderlig samordning kommer till stånd mellan bidragsförhållandena under olika faser av denna.

Vad beträffar de ojämnheter som härvidlag föreligger hänvisas till följande exempel.

En person har svåra alkoholproblem. Han intages på en alkoholklinik, därefter på ett intagningshem och slutligen på ett av nykterhetsnämndens konvalescenthem. Nykterhetsnämnden har 75 % i driftkostnadsbidrag och även i vissa fall byggnads- och utrustningsbidrag. Vederbörande har genom sin sjukdom förlorat kontakten med sitt gamla yrke. Han får genom arbetsförmedlingen möjlighet att genom omskolning komma in i produktivt arbete. Hela tiden har staten i olika former lämnat den myndighet, som har haft hand om fallet, ekonomiskt stöd, och patienten har inte själv i stort sett behövt bekymra sig om kostnaderna. Hur blir det för vederbörande om han är i behov av medicinsk rehabilitering och viss arbetsprövning på rehabiliteringskliniken? Då får huvudmannen för sjukvården svara för hela kostnaden och vederbörande erhåller ersättning enligt sjukförsäkringen. Om han sedan överföres till arbetsvårdens prövnings- och träningsverkstä-

der, så lämnas bidrag från staten både för bedrivande av dessa hjälpåtgärder och för patientens uppehälle.

CRB, som finner vissa av de synpunkter och förslag som framkommit vid remissbehandlingen i hög grad beaktansvärda, förordar att förhandlingar snarast kommer till stånd mellan de kommunala huvudmännen och staten rörande här berörda finansieringsfrågor.

KUNGL. BIBL.
3 U UKT 1964
STOCKHOLM

NORDISK UDREDNINGSSERIE (NU) 1964

1. Teknikerutbildning i Danmark, Finland, Norge och Sverige. Del II.
2. Nordisk etterutdannelse i by- og regionplanlegging.
3. Nordisk institut för elementarpartikelfysik.
4. Invaliditetsvurdering, erstatningsfastsettelse, tabellsystemer m. v. i yrkesskadetrydgene i Norden.

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR 1964

Systematisk förteckning

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

Justitiedepartementet

Företagsinteckning. [10]
Svensk namnbok 1964. [14]
Utlåtande av Juristkommissionen i Wennerström-
affären. [15]
Rapport av parlamentariska nämnden i Wenner-
strömaffären. [17]
Lag om förvaltningsförfarandet. [27]
Beräkning av pensionsreserv i pensionsstiftelse. [28]
Skadestånd II. [31]
Förtida tillträde, expropriationskostnad m. m. [32]
Familjerättskommittén. Äktenskapsrätt I. Författ-
ningstext. [34] Äktenskapsrätt II. Motiv. [35]
Sammanställning av remissyttranden över författ-
ningsutredningens förslag till ny författning. Del 3.
Kap. 6 i förslaget till regeringsform. [38]
Rapport och arbetsmaterial från arbetsgruppen
för det kommunala sambandet juni 1964. [39]
Rätten till arbetstgares uppfinningar. [49]

Försvarsdepartementet

Krigsmaktens förbandssjukvård. [20]

Socialdepartementet

Socialpolitiska kommittén. 3. Bättre åldringsvård.
[5] 4. Social omvårdnad av handikappade. [43]
Arbetstidsförkortningens verkningar. [9]
Behandlingsforskning vid ungdomsvårdsskolorna.
[24]
Ökat stöd till barnfamiljer. [36]
Mentalsjukvårdslag. [40]
1962 års utredning ang. sjuksköterskeutbildningen
I. Grundutbildningen. [45] II. Vissa grundläggande
undersökningar. [46]
Centrala rehabiliteringsberedningen. 1. Samordnad
rehabilitering. Del I. [50]

Kommunikationsdepartementet

Bilskrotning. [21]
Statens byggnadsbesparingsutredning 3. Offentliga
byggnader. Ekonomiskt byggande. [26]

Finansdepartementet

Värdesäkringskommittén 1. Indexlån. Del I. [1]
2. Indexlån. Del II. [2]

Friluftslivet i Sverige. Del I. Utgångsläget och
vecklingstendenser. [47]
Alkoholreklamen [6]
Statens skogar och skogsindustrier. [7]
Kommunal skatteutjämning. [19]
Nytt skattesystem. [25]
Koncernbidrag m. m. [29]

Ecklesiastikdepartementet

1958 års utredning kyrka-stat III. Religionsfri-
[13] IV. Historisk översikt. Kyrkobegrepp. [16]
V. Kristerdomsundervisningen. [30]
Förbud mot utförelse av kulturföremål. [22]
Skolans försörjning med lärare II. [44]
Farmaceutisk utbildning och forskning. [48]

Jordbruksdepartementet

1960 års jordbruksutredning. 1. Kapitalutveckling
i det svenska lantbruket. [8] 2. Lantbrukets str-
turutveckling [37]
Ålfrågan. [11]
Veterinärmedicinsk forskning och undervisning.
Del II [12]
Kronhjortsreservat m. m. [23]

Handelsdepartementet

Effektivare konsumentupplysning. [4]
Översättning av fördrag angående upprättandet
Europeiska atomenergigemenskapen (Euratom) o-
tillhörande dokument. [18]
Översättning av viktigare följdförfattningar till f-
dragen angående Europeiska ekonomiska gem-
skapen och Europeiska kol- och stålgenenskap
[33]

Inrikesdepartementet

Konsumtionsmönster på bostadsmarknaden. [3]
Bostadsstöd för pensionärer [41]
Kommunal markpolitik. [42]

TIDEN-BARNÄNGEN TRYCKERIER AB
STOCKHOLM 1964

