



**National Library
of Sweden**

Denna bok digitaliserades på Kungl. biblioteket år 2012

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR 1964:51

Socialdepartementet

SOU
1964:51 A



SAMORDNAD REHABILITERING

DEL II

Allmänna principer och vissa organisationsförslag

BETÄNKANDE AV
CENTRALA REHABILITERINGSBEREDNINGEN

Stockholm 1964

STATENS

OFFENTLIGA UTREDNINGAR 1964

Kronologisk förteckning

1. Indexlån. Del I. Kihlström. 96 s. Fl.
2. Indexlån. Del II. Kihlström. 526 s. Fl.
3. Konsumtionsmönster på bostadsmarknaden. Esselte 212 s. I.
4. Effektivare konsumentupplysning. Esselte. 111 s. H.
5. Bättre åldringsvård. Esselte. 121 s. S.
6. Alkoholreklamen. Norstedt & Söner. 278 s. Fl.
7. Statens skogar och skogsindustrier. Svenska Reproduktions AB. 144 s. Fl.
8. Kapitalutvecklingen i det svenska lantbruket. Esselte. 88 s. Jo.
9. Arbetstidsförkortningens verkningar. Esselte. 216. s S.
10. Företagsintekning. 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 namnbok 1964. AB E G Johanssons Boktryckeri, Karlshamn. 227 s. Ju.
15. Utåtande av Juristkommissionen i Wennerströmmaffären. Norstedt & Söner. 117 s. Ju.
16. Historisk översikt. Kyrkobegrepp. Almqvist & Wiksells Boktryckeri AB, Uppsala. 324 s. E.
17. Rapport av parlamentariska nämnden i Wennerströmmaffären. 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. Krigsmaktens förbandssjukvård. Esselte. 222 s. Fö.
21. Blåskrotning. Esselte. 75 s. K.
22. Förbud mot utförelse av kulturföremål. Kihlström 67 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.
29. Koncernbidrag m. m. Esselte. 160 s. Fl.
30. Kristendomsundervisningen. Esselte. 182 s. I.
31. Skadestånd II. Esselte. 170 + 62 s. Ju.
32. Förtida tillträde, expropriationskostnad m. Marcus. 118 s. Ju.
33. Översättning av viktigare följdförfattningar 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. s. Jo.
38. Sammanställning av remissyttranden över utredningsutredningens 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. Hæggström. 105 s. E.
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 utvecklingstendenser. Svenska Reproduktions AB. 213 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.
51. Samordnad rehabilitering. Del II. Tiden-Barnängen Tryckerier AB. 100 s. S.

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR 1964:51

Socialdepartementet



SAMORDNAD REHABILITERING

DEL 2

Allmänna principer och vissa organisationsförslag

BETÄNKANDE AV
CENTRALA REHABILITERINGSBEREDNINGEN

TIDEN-BARNÄNGEN TRYCKERIER AB
STOCKHOLM 1964

Innehåll

Skrivelse till statsrådet och chefen för Kungl. socialdepartementet	5
KAPITEL 1	
Utredningsuppdraget	11
KAPITEL 2	
Bakgrunden och det nuvarande läget	14
KAPITEL 3	
Vissa problem rörande den lasarettanslutna rehabiliteringsverksamheten	20
KAPITEL 4	
Några aktuella projekt för utbyggnaden av rehabiliteringsorganisationen vid regionsjukhus och centrallasarett	32
1964 års generalplan för Karolinska sjukhusets utbyggande	32
1963 års plan för medicinsk rehabilitering i Göteborg	39
Generalplanen för Enskededalens sjukhus	43
Generalplanen för länslasarettet i Sundsvall m. m.	47
Några kommentarer till de återgivna planerna	50
KAPITEL 5	
Något om läget ur socialförsäkringssynpunkt	52
KAPITEL 6	
Riksförsäkringsverkets sjukhus	61
Vissa uppgifter beträffande sjukhusen m. m.	61
1959 års utredning samt yttranden däröver	62
1962 års statsverksproposition	68
CRB:s synpunkter och förslag	68
KAPITEL 7	
Principerna för utbyggnaden och samordningen av den allmänna rehabiliteringsorganisationen	72
Målsättningen för rehabiliteringsverksamheten	73
Klienteletts sammansättning	74

Behovet av kartläggning av rehabiliteringsklientelet	75
Betydelsen av tidigt insatta rehabiliteringsåtgärder	77
Utbyggnaden av rehabiliteringsorganisationen	77
Den allmänna basorganisationen	77
Speciella organisationsformer	79
Inga vattentäta skott mellan rehabiliteringsformerna	80
De olika leden i rehabiliteringsverksamheten	83
Allmänna samhällsåtgärder i förebyggande och anpassningsfrämjande syfte	91
Vissa särskilda samordningsfrågor	93
Särskilt yttrande	98
Bilaga 1: Sammanställning av vissa uppgifter om de allmänna medicinska rehabiliteringsklinikerna/avdelningarna	102

Till

Herr Statsrådet och Chefen för Kungl. Socialdepartementet

Den 15 december 1961 bemyndigades chefen för socialdepartementet att tillkalla högst åtta sakkunniga för att pröva frågor om den ändamålsenliga organisationen och samordningen av rehabiliteringsverksamheten och att tills vidare fungera som ett centralt samordningsorgan. Med stöd av detta bemyndigande tillkallade departementschefen den 9 januari 1962 såsom sakkunniga direktören Seved Apelqvist, ledamoten av riksdagens andra kammare Sigrid Ekendahl, professorerna Sven Forssman och Carl Hirsch, överdirektören i riksförsäkringsverket Leif Hultström, kommunalrådet Harald Lindvall, kanslichefen hos Svenska vanförevårdens centralkommitté Karl Montan och numera förbundsdirektören Bengt Olsson samt uppdrog åt Apelqvist att vara de sakkunnigas ordförande. Till sekreterare åt de sakkunniga förordnades byrådirektören Ann-Margret Lundgren. Såsom biträdande sekreterare har fungerat 9 januari 1962—31 maj 1964 överläkaren Bengt Åkerblad, 1 januari 1963—14 juli 1964 förste byråsekreteraren Maj-Britt Amer samt fr. o. m. den 8 juni 1964 konsulenten Stig Åhs. Att såsom experter biträda beredningen förordnades den 27 januari 1964 byrådirektören Sigurd Fagring och den 1 juni samma år överläkaren Bengt Åkerblad.

De sakkunniga har antagit namnet Centrala rehabiliteringsberedningen (CRB).

Genom beslut den 28 september 1962 tillkallades numera överdirektören Erik Annell och byrådirektören Bo Sundmark att såsom experter biträda beredningen med utredningar av frågor rörande dels huvudmannaskap och därmed sammanhängande spörsmål avseende Änggårdens yrkesskolor och övriga vanförestalter, dels ock verksamheten vid Norrbackainstitutet.

För att kunna förskaffa sig en allsidig belysning av läget och behoven på rehabiliteringsområdet har beredningen för information och rådgivning i speciella frågor tillkallat en särskild rådgivande "panel" av sakkunniga med erfarenhet inom olika områden av rehabiliteringsverksamheten, nämligen fru Gerda Apelqvist, överläkaren Bo Bjerner, sjukkassedirektören Sven Bohman, med. lic. Erik Bolinder, professorerna Tore Broman, Peter Celsing och Börje Cronholm, docenten Ingmar Dureman, överläkaren Gösta Eriksson, förste byråinspektören Arne Friberg, direktören Charles Hedkvist, professorn Gunnar Inghe, med. lic. Erland Mindus, tekn. lic. Ervin Pütsep, civilingenjören Birger A. Roos och överläkaren Curt Åmark.

I den rådgivande panelen har tidigare även ingått numera avlidne social-

borgarrådet Hans Karlsson samt verkmästaren Carl-Erik Ohlsson, vilken sistnämnde på egen begäran frånträtt uppdraget.

För de synpunkter och förslag, som framlägges av beredningen, är givetvis denna ensam ansvarig.

Under sitt arbete har CRB sökt taga hänsyn till såväl svenska som utländska synpunkter på rehabiliteringen och praktiska erfarenheter av skilda slag av rehabiliteringsverksamhet, varvid särskild uppmärksamhet ägnats de program, promemorior och råd och anvisningar, som utfärdats av arbetsmarknadsstyrelsen och medicinalstyrelsen.

CRB har vidare haft överläggningar med ledningen för vissa ämbetsverk, allmänna försäkringsorgan, social- och arbetsvårdsexpeditioner samt företrädare för olika handikapporganisationer och den medicinska och yrkesmässiga rehabiliteringens kommunala huvudmän. Beredningen har också besökt ett stort antal rehabiliteringsinstitutioner, bl. a. i samband med fullgörandet av sitt utredningsuppdrag beträffande vanförestalterna, statens arbetsklirik och riksförsäkringsverkets sjukhus. Enskilda ledamöter av beredningen och dess sekretariat har besökt ytterligare ett antal rehabiliteringsinstitutioner i olika delar av landet samt deltagit i konferenser på skilda håll.

Såväl under åren före som efter CRB:s tillsättande har ledamöter av beredningen samt av dess sekretariat och panel studerat rehabiliteringsverksamheten vid olika institutioner utomlands, bl. a. i de nordiska grannländerna samt i USA, Kanada, England, Holland och Tyskland. Efter beredningens tillkomst har särskilt tillfälle beretts vissa representanter för beredningen att studera rehabiliteringsverksamheten i Danmark, Finland, Norge, Holland och Öst-Tyskland.

CRB har till Kungl. Maj:t avgivit ett flertal remissutlåtanden, av vilka här må nämnas följande:

1. den 20 mars 1962 över 1956 års eftervårdsutrednings betänkande angående arbetsanskaffning åt kriminalvårdens klientel,
2. den 7 maj 1962 över en av riksförsäkringsverket gjord framställning rörande anordnande av arbetsprövningsverkstad m. m. vid verkets sjukhus i Nynäshamn,
3. den 27 september 1962 över framställning från styrelsen för statens arbetsklirik om inrättande av en överläkartzjänst m. m.,
4. den 14 november 1962 över en inom socialdepartementet upprättad PM angående bidrag till arbetsträning och skyddad sysselsättning,
5. den 15 november 1962 över en av styrelsen för Föreningen för bistånd åt lytta och vanföra i Stockholm gjord framställning rörande visst utredningsuppdrag åt byggnadsstyrelsen,
6. den 18 januari 1963 över betänkande med utredning och förslag rö-

rande ökad utbildning av sjukgymnaster (ecklesiastikdepartementet 1962:6) samt

7. samma dag över betänkande rörande utbildning av arbetsterapeuter avgivet av 1960 års arbetsterapeututredning (SOU 1962:50),

8. den 31 maj 1963 om arbetsmarknadsstyrelsens utredning angående vanföreanstaltens i Hälsingborg framtida verksamhet,

9. den 3 september 1963 över vissa framställningar om anslag för budgetåret 1964/65 till Svenska vanförevårdens centralkommitté för allmän teknisk utvecklingsverksamhet, protes- och bandageforskning m. m.,

10. den 27 september 1963 över framställning från Riksförbundet Sveriges föräldraföreningar för cp-barn om anslag under budgetåret 1964/65,

11. samma dag över framställning från Riksföreningen mot polio om visst statsbidrag för 1964,

12. samma dag över framställning om anslag för budgetåret 1964/65 till Hörselfrämjandets rehabiliteringscentral m. m. samt

13. samma dag över medicinalstyrelsens anslagsäskanden för budgetåret 1964/65 såvitt avsåg äskanden om rehabiliteringskonsulenter,

14. den 13 februari 1964 över anslagsframställning från Göteborgs diakonissällskap för viss planerad utbyggnad vid Bräcke Östergård samt

15. den 5 mars 1964 över en framställning från styrelsen för Föreningen för bistånd åt lytta och vanföra i Stockholm om tillstånd att vid Norrbackainstitutets skolhem i Lidingö bedriva försöksverksamhet med fackskola m. m.

I CRB:s direktiv har bland frågor, som beredningen särskilt bör pröva, bl. a. nämnts frågan om vanföreanstalternas ställning. Sedan de experter, som förordnats att biträda CRB med denna uppgift, den 30 april 1964 avgivit betänkande med riktlinjer för högstadieundervisning för rörelsehindrade m. m. samt för vanföreanstalternas och Eugeniahemmets framtida ställning (socialdepartementet 1964:2) har CRB den 13 juli 1964 avgivit yttrande häröver. I en särskild skrift — *Vård och undervisning av barn och ungdom med vissa fysiska handikapp samt vanföreanstalternas framtida ställning* (socialdepartementet 1964:8) — refereras beredningens synpunkter på dessa frågor och de lösningar som förordats.

Den 11 december 1962 avgav CRB till socialministern *PM med riktlinjer för den allmänna rehabiliteringsorganisationen*, tryckt under titeln *Rehabilitering — CRB om målsättning och organisation* (socialdepartementet 1963:1), vilken varit föremål för ett omfattande remissförfarande. Här om hänvisas till CRB:s betänkande *Samordnad rehabilitering, del 1, Remissyttrandet över och kommentarer till CRB:s PM 1962 med riktlinjer för den allmänna rehabiliteringsorganisationen* (SOU 1964:50).

I sin egenskap av samordningsorgan på rehabiliteringsområdet har CRB — med ovannämnda sammanställning som diskussionsunderlag — anordnat

två större konferenser om rehabiliteringsorganisationen m. m., den ena den 12—13 mars 1964 med representanter för landstingshuvudmännen och vissa statliga organ samt arbetsmarknadens organisationer, den andra den 4—5 maj 1964 med representanter för handikapporganisationerna. Referat från dessa båda konferenser publiceras i särskilda skrifter, den ena *CRB om behov och resurser*, den andra *CRB om handikappprörelsen och samhället* (socialdepartementet 1964:6 och 1964:7).

CRB har i detta betänkande endast kunnat taga upp vissa av de problem som sammanhänger med en utbyggnad och samordning av rehabiliteringsorganisationen.

Som grund för mera detaljerade förslag erfordras bl. a. en bättre kartläggning av rehabiliteringsklientel och rehabiliteringsbehov än den som hittills stått till förfogande. Ett led i en sådan kartläggning utgör den undersökning av de s. k. 90-dagarsfallens rehabiliteringsbehov, som med bidrag från socialdepartementet för närvarande verkställs i Malmöområdet under ledning av professor Gunnar Lindgren. Vidare pågår inom CRB planering av en mera detaljerad undersökning på samplingsbas i Västernorrlands län genom en arbetsgrupp under ordförandeskap av förbundsdirektör Bengt Olsson och under medverkan av bl. a. professor Gunnar Inghe och docent Joachim Israel. Avsikten härmed är att erhålla en modell för likartade undersökningar inom andra områden.

En annan arbetsgrupp, under ordförandeskap av professor Sven Forssman, utreder för CRB:s räkning frågan om en närmare samordning mellan de allmänna rehabiliteringsresurserna och rehabiliteringsinsatserna inom näringslivet.

Inom beredningen pågår även en utredning om organisationen för medicinsk-teknisk forskning, utvecklingsarbeten, produktion och distribution av tekniska hjälpmedel m. m. för sjuka och handikappade.

Vidare har — som under hand i PM den 9 december 1963 anmälts till socialdepartementet — CRB ansett en subkommitté böra tillsättas för översyn av rehabiliteringsformerna för patienterna inom mentalsjukvården, vården av psykiskt efterblivna, vården av alkoholskadade, kriminalvården och vissa andra grupper.

CRB tog på tidigt stadium upp frågan om arten, omfattningen och formerna för handikapporganisationernas insatser inom habiliteringen och rehabiliteringen. Visst samarbete för kartläggning av denna verksamhet har ägt rum med socialpolitiska kommittén. I anslutning till den ovan nämnda konferensen med handikapporganisationerna övervägs en utredning om dessa organisationers roll inom en samordnad rehabiliteringsverksamhet samt därmed sammanhängande frågor.

CRB avser att — sedan en del av de ovan nämnda utredningarna slutförts — i ett följande delbetänkande framlägga ett närmare utformat förslag om rehabiliteringsorganisationen inom en landstingskommun.

I föreliggande betänkande hemställes om fastställande av vissa principer till grund för en utbyggnad och samordning av den allmänna rehabiliteringsorganisationen på grundval av beredningens promemoria 1962 och vad som framkommit vid den fortsatta behandlingen av denna. I samband härmed framlägges förslag om en del åtgärder, ägnade att främja samordningen. Utöver det i det föregående redovisade uppdraget att pröva frågan om vanförestalternas ställning anser sig CRB genom detta betänkande även ha fullgjort sitt i direktiven givna uppdrag att pröva frågan om statens arbets-klinik och riksförsäkringsverkets sjukhus.

De i betänkandet framförda förslagen är allmänt hållna. Detta betingas bl. a. av att beredningen icke ansett det lämpligt att verkställa en detaljplanering, innan statsmakterna tagit ställning till de allmänna principerna för verksamheten. Den mångfald av åtgärder, som måste samordnas, och den utbyggnad av resurserna, som är nödvändig för att tillgodose rehabiliterings-behoven, är svåra att överblicka och är i skilda delar föremål för utredning inom ett flertal kommittéer. Ur samordningssynpunkt har CRB ansett det nödvändigt att så vitt möjligt taga hänsyn till de generella eller speciella lösningar, som befunnits lämpliga eller är under övervägande i fråga om likartade eller närliggande problem. Detta är särskilt angeläget då en utgångspunkt för beredningens arbete är att normaliseringsprincipen i största möjliga utsträckning måste tillämpas också inom rehabiliteringsverksamheten. Härmed avses att det i första hand — och i väsentligt högre grad än hittills — är de allmänna samhällsresurserna inom exempelvis sjukvård och andra vårdområden, utbildning och arbetsliv, som måste anpassas till de individuella behoven hos olika grupper av handikappade. Speciella anordningar bör sålunda endast komma till stånd, i den mån sådana ändock är av behovet påkallade.

Stockholm i oktober 1964.

SEVED APELQVIST

*Sigrid Ekendahl
Leif Hultström*

*Sven Forssman
Harald Lindvall
Bengt Olsson*

*Carl Hirsch
Karl Montan*

/ Ann-Margret Lundgren

KAPITEL I

Utredningsuppdraget

Utredningens direktiv innefattas i ett anförande till statsrådsprotokollet över socialärenden den 15 december 1961 av dåvarande chefen för socialdepartementet, statsrådet Nilsson. Departementschefen anförde därvid följande.

Rehabilitering har beskrivits på olika sätt, bl. a. som en verksamhet vilken syftar till att återställa den fysiska och psykiska funktionsförmågan hos sjuka eller skadade människor eller att hjälpa dem att övervinna invaliditet, så att de i görlig mån blir oberoende och självförsörjande. I vissa avseenden kan rehabiliteringen sägas vara lika gammal som läkekonsten. Men ännu står vi mitt uppe i en utveckling, där man söker utnyttja en rad olika åtgärder systematiskt för att så snabbt som möjligt sätta sjuka eller skadade människor i stånd att reda sig och försörja sig. Huvudelementen i denna verksamhet är sjukvård och arbetsvård.

Från den enskildes och samhällets synpunkt och även från socialförsäkringens är det av vikt, att rehabiliteringen blir så intensiv som möjligt. Om rehabiliteringsåtgärder inte kommer till stånd eller inte bedrivs med alla medel, får socialförsäkringen i större utsträckning än nödvändigt svara för försörjningen. Resultatet av rehabiliteringsverksamheten kommer i ökad utsträckning att ligga till grund för bedömningen av huruvida förmåner — bl. a. invalidpension — skall utgå. Utbyggnaden av socialförsäkringen understryker ytterligare rehabiliteringens betydelse.

Sjukvården syftar i alla sina former till rehabilitering. I det följande avses dock med rehabiliteringsverksamhet i första hand sådana undersöknings- och behandlingsformer som sjukgymnastik, sysselsättningsterapi och annan fysikalisk terapi, funktionsprövning, kurativ verksamhet. Exempel på arbetsvårdande åtgärder är arbetsprövning, arbetsträning, yrkesutbildning och näringshjälp. Till arbetsvården brukar även räknas s. k. skyddad sysselsättning för den arbetskraft, som ej kan placeras på öppna marknaden. För att rehabiliteringen skall lyckas krävs ett nära samspel mellan medicinska och arbetsvårdande åtgärder.

En rad organ är engagerade i rehabiliteringsverksamheten. Landstingen har börjat bygga upp ett system med rehabiliteringskliniker anslutna till kroppssjukhusen. Sålunda har rehabiliteringskliniker inrättats i anslutning till Södersjukhuset i Stockholm samt till lasaretten i Danderyd, Borås och Västerås. En relativt snabb och omfattande utbyggnad av denna verksamhet synes vara att påräkna. Riksförsäkringsverket — tidigare pensionsstyrelsen — bedriver sedan länge rehabilitering för vissa grupper vid särskilda sjukvårdsinrättningar. Även andra organ — såsom exempel må nämnas Riksföreningen mot reumatism, vanförevårdsföreningarna och De vanföras riksförbund — driver anstalter för rehabilitering. Nyligen har tillkommit två särskilda institut för ryggskadade skogsarbetare, vilkas verksamhet kan sägas utgöra en kombination av medicinsk vård och yrkesutbildning. Vanföreanstaltens yrkesskolor är ett viktigt led i yrkesutbildningen för handikappade.

Arbetsförmedlingen och arbetsvårdsexpeditionerna spelar en viktig roll i olika faser av rehabiliteringsprocessen. Arbetsmarknadsstyrelsens och överstyrelsens för yrkesutbildning gemensamt drivna omskolningsverksamhet är under snabb utveckling. För att omskolning och arbetsplacering skall kunna ske kräves ofta grundlig anlagsprövning. Sådana prov utföres av de psykotekniska instituten vid universiteten i Stockholm och Göteborg. Även den av Personaladministrativa rådet bedrivna verksamheten bör nämnas i detta sammanhang. För mer avancerad arbetsprövning finns statens arbetsklirik, som även bedriver forskning. Kommunernas insatser för träningsverkstäder och skyddade verkstäder ökar. I viss utsträckning söker arbetsmarknadsstyrelsen numera få ut svårplacerad arbetskraft i produktionen via beredskapsarbeten. I detta sammanhang bör även arkivarbetena nämnas.

Omsorgen om de handikappade har av ålder inte minst tagit sig uttryck i omfattande enskild hjälpverksamhet. Exempel på medicinsk rehabilitering genom enskilda organisationer har tidigare nämnts. Jag kan vidare bl. a. erinra om den forskningsverksamhet, som sker inom Svenska vanförevårdens centralkommitté, och den av Hörselrämmandet bedrivna anpassningsundervisningen. Enskilda företag gör i många fall betydande insatser för att hjälpa sådana arbetstagare i deras tjänst, som inte kan fortsätta i sitt gamla arbete.

Vid sidan av sjukvården kommer sjukkassorna tidigt i kontakt med sjuka och skadade. För att spåra upp rehabiliteringsfall har särskilda samarbetslag inrättats med representanter för sjukkassor och länsarbetsnämnder. Önskvärdheten av samarbete mellan sjukvård, arbetsvård och socialförsäkring präglar vidare sammansättningen av de pensionsdelegationer som regionalt skall handlägga invalidpensionsärenden.

På det centrala planet står rehabiliteringsverksamheten i olika avseenden under ledning eller tillsyn av bl. a. medicinalstyrelsen, arbetsmarknadsstyrelsen och riksförsäkringsverket. Ehuru vissa åtgärder i samordnande syfte har vidtagits inom olika delar av rehabiliteringsområdet, kan frågan om en ändamålsenlig uppbyggnad av organisationen inte anses mera slutgiltigt löst. I sitt betänkande Förtidspensionering och sjukpenningförsäkring m. m. (SOU 1961:29) har 1958 års socialförsäkringskommitté föreslagit inrättande av ett särskilt centralt samordningsorgan, benämnt centrala rehabiliteringsberedningen. Denna beredning skulle ta upp frågor av mera allmän natur rörande rehabiliteringen, verkställa erforderliga utredningar på området, medverka vid planläggning av rehabiliteringsverksamhetens utformning och sprida upplysning i rehabiliteringsfrågor. Behovet av ett centralt samordningsorgan har i allmänhet vitsordats i remissyttrandena över kommitténs betänkande.

Såsom förut nämnts pågår på olika avsnitt en utbyggnad av rehabiliteringsresurserna. Dessa är alltjämt otillräckliga. En fortsatt snabb utbyggnad är väsentlig inte minst med hänsyn till planerade omläggningar inom socialförsäkringen. Utbyggnaden måste på vissa punkter förutses komma att sträcka sig över en relativt lång tid. I detta läge är det av stor vikt att resurserna blir så effektivt utnyttjade som möjligt. Jag delar uppfattningen att det är angeläget med ett samordnande organ för rehabiliteringsverksamheten. Ett sådant organ bör komma till stånd. Man bör emellertid inte stanna vid att söka samordna de befintliga formerna för verksamheten utan också överväga, huruvida organisatoriska ändringar bör vidtagas. Jag föreslår, att särskilda sakkunniga tillkallas för att pröva frågor om den ändamålsenliga organisationen och samordningen av rehabiliteringsverksamheten. De sakkunniga bör tills vidare själva fungera som ett centralt samordningsorgan. De bör fortlöpande hålla sig underkunniga om utveck-

lingen inom hela rehabiliteringsfältet samt ta de initiativ, som befinnes erforderliga.

Bland frågor som de sakkunniga bör pröva vill jag särskilt nämna vanföreanstalternas och arbetsklinikens ställning samt den framtida användningen av riks-försäkringsverkets sjukhus.

På grund av rehabiliteringsfrågornas stora omfattning övervägs sådana spörsmål inom ett flertal pågående utredningar. Vid utredningsarbetet bör kontakt upprätthållas med dessa utredningar.

KAPITEL 2

Bakgrunden och det nuvarande läget

I sin PM 1962 med riktlinjer för den allmänna rehabiliteringsorganisationen har CRB framhållit att rehabiliteringsverksamheten inom sjukvård, arbetsvård och socialvård utvecklats från skilda utgångspunkter och i former, relativt fristående i förhållande till varandra, vilket förklarar att de icke utan vidare låter sig funktionellt sammansmältas till ett organiskt helt.

Rehabiliteringsfrågorna har sålunda i Sverige länge främst uppmärksamats genom sociala insatser av olika slag. I början av 1940-talet kom strålkastarljuset att riktas på de partiellt arbetsföras sysselsättning. Härvid aktualiserades — enligt de för kommittén för partiellt arbetsföra 1943 utfärdade utredningsdirektiven — frågan om ”de praktiska åtgärder, som äro ägnade att i framtiden tillgodogöra samhället och det produktiva livet de partiellt arbetsföras arbetskraft”. De förslag, som nämnda kommitté framlade i en rad betänkanden under återstoden av 1940-talet, har legat till grund bl. a. för utformningen av den statliga arbetsvårdsorganisationen med särskilda arbetsvårdsexpeditioner i anslutning till den allmänna arbetsförmedlingen men också för utvecklingen av den kommunala verksamheten i form av träningsverkstäder och skyddad sysselsättning för sjuka och handikappade. Denna utbyggnad har i betydande omfattning stimulerats genom olika slag av statsbidrag, varvid dock huvudmännens handlingsfrihet vid utnyttjandet av resurserna så till vida begränsats att som villkor för statsbidrag uppställts att platserna skall stå till arbetsförmedlingens förfogande. Även den sedan 1952 bedrivna verksamheten vid statens arbetsklinik vid Karolinska sjukhuset har tillkommit som en försöksverksamhet enligt förslag av kommittén för partiellt arbetsföra.

I arbetsmarknadsutredningens snart utkommande betänkande torde en mera ingående redogörelse komma att ges rörande bl. a. arbetsvårdens nuvarande omfattning, innehåll m. m. I det följande lämnas därför endast vissa uppgifter, ägnade att ge en allmän föreställning om några av de viktigaste resurserna på detta område inom landstingskommuner och städer utanför landsting.

Antalet platser för arbetsträning och skyddad sysselsättning steg under år 1963 — enligt uppgifter i arbetsmarknadsstyrelsens anslagsäskanden för budgetåret 1965/66 — till 4 599, varav 1 205 platser för arbetsträning och 3 394 för skyddad sysselsättning.

Institutioner för arbetsträning finns i samtliga landstingsområden och

städer utanför landsting med det undantag som betingas av att landstingen i Kronobergs och Kalmar län tillsammans med Jönköpings läns landsting organiserat en gemensam institution — Smålandslandstingens arbetsträningsinstitut i Jönköping. Skyddade verkstäder eller verkstadsavdelningar finns i alla landstingsområden och storstäder. Antalet avdelningar för halvskyddad sysselsättning vid olika industrier i hela landet uppgår endast till 6.

Hemarbete förmedlas genom självständiga hemarbetscentraler eller genom institutioner för arbetsträning eller skyddad verksamhet. I elva landstingsområden saknas emellertid helt hemarbetsverksamhet och i flera landstingsområden är den av synnerligen blygsam omfattning.

Av arbetsmarknadsstyrelsen har framhållits att de förbättringar av statsbidragen till verkstäder för handikappade, som genomförts under de senaste åren, kan väntas medföra en väsentligt ökad utbyggnadstakt. Med ledning av inkomna uppgifter beräknas nytillskottet av platser under år 1964 komma att uppgå till 1 200 och under år 1965 till 1 800. En sådan ökning skulle innebära att det totala platsantalet vid årsskiftet 1965/66 skulle uppgå till ca 7 600. Arbetsmarknadsstyrelsen uppskattar emellertid det totala behovet av platser för arbetsträning och skyddad sysselsättning till minst 20 000.

Behovet av rehabilitering som en särskild verksamhetsform inom den allmänna sjukvården kom i Sverige att särskilt uppmärksammas av de ansvariga myndigheterna bl. a. i samband med att lasarettsvården utvidgades att i princip omfatta nya grupper av sjuka och handikappade med särskilt stort rehabiliteringsbehov, vilka tidigare omhändertagits inom fristående vårdformer (vanförevård, tbc-vård, epidemivård etc.). I anslutning härtill utgav medicinalstyrelsen 1954 en VPM angående behovet av och resurserna för en utbyggd medicinsk rehabiliteringsverksamhet inom lasarettsvården, vari sjukvårdshuvudmännen bl. a. rekommenderades att inrätta särskilda rehabiliteringskliniker vid lasaretten. Frågan om statsbidrag till sådan verksamhet togs emellertid icke upp i nämnda sammanhang.

I medicinalstyrelsens råd och anvisningar rörande medicinska rehabiliteringskliniker vid centrallasarett den 30 april 1964, till vilka beredningen återkommer i kapitel 3, anföres följande om utvecklingen av den medicinska rehabiliteringsverksamheten efter avgivandet av styrelsens ovannämnda VPM 1954:

”Såsom framgår av det följande har rehabiliteringskliniker numera inrättats inom flera sjukvårdsområden och ytterligare sådana kliniker är under planläggning.¹

¹ Beteckningen klinik användes, då vårdplatser finnes, samt beteckningen avdelning, då sådana saknas eller verksamheten bedrivs som en del av annan klinik.

Med ledning av de av styrelsen utfärdade anvisningarna startades i Göteborg en medicinsk rehabiliteringsavdelning för neurologiskt klientel år 1956. Vid lasarettet i Borås finnes sedan år 1957 en allmänt medicinsk rehabiliteringsklinik. Resultaten av verksamheten vid dessa båda avdelningar har redovisats i en rapport 1961 av Bjerner, Eriksson, Fjällström och Otterland.

År 1957 tillkom en rehabiliteringsavdelning för neurologiskt klientel, framför allt paraplegifall, vid neurologiska kliniken å Serafimerlasarettet. Denna avdelning har numera omändrats till neurologisk rehabiliteringsklinik förlagd till Karolinska sjukhuset. Rehabiliteringsavdelning för neurologiskt klientel finnes även vid Södersjukhusets neurologiska klinik. Resultaten från denna avdelning har redovisats av Nauman.

Medicinska rehabiliteringskliniker har vidare anordnats vid lasaretten i Danderyd, Eskilstuna, Jönköping och Lund samt avdelningar för sådant ändamål vid Karolinska sjukhuset, Södersjukhuset, Sahlgrenska sjukhuset och lasarettet i Västerås. Vidare har beslut fattats om inrättande av en klinik i Örebro och en avdelning i Linköping.

En betydande erfarenhet av medicinsk rehabiliteringsverksamhet har även erhållits vid statens arbetsklinik i Stockholm. Materialet härifrån har framlagts av bl. a. Cronholm och Levi.”

CRB har inhämtat uppgifter om verksamheten från samtliga de rehabiliteringskliniker och avdelningar, som upptagits i medicinalstyrelsens ovanstående sammanställning. I bilaga 1 till detta betänkande redovisas en översikt av de uppgifter som erhållits. Då arbets- och organisationsförhållandena i hög grad varierar, kan denna översikt dock icke utan vidare läggas till grund för närmare jämförelser mellan ifrågavarande institutioner.

Allmänna medicinska rehabiliteringskliniker skulle, såvitt CRB kan finna, f. n. endast vara i drift vid åtta sjukhus, nämligen vid Karolinska sjukhuset, lasarettet i Lund, Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg, Södersjukhuset i Stockholm samt centrallasaretten i Danderyd, Eskilstuna, Borås och Västerås. Om man i likhet med medicinalstyrelsen använder ordet klinik endast då vårdplatser finnes, inskränker sig antalet rehabiliteringskliniker till 5 med sammanlagt mindre än 100 vårdplatser. Högsta antalet platser — 30 — finns vid rehabiliteringskliniken i Borås, där emellertid några av platserna disponeras av neurologiska kliniken. Nybyggnad, som kommer att tillföra kliniken ytterligare 30 platser, beräknas vara färdig hösten 1965. Kliniken i Borås har f. n. hela Älvsborgs län som upptagningsområde. En uppdelning av länet planeras emellertid komma att ske i framtiden. Anmärkningsvärt är att varken Karolinska sjukhuset, Sahlgrenska sjukhuset eller Södersjukhuset har några vårdplatser för rehabiliteringsändamål.

Den av medicinalstyrelsen nämnda rehabiliteringskliniken i Jönköping har ännu icke kunnat träda i funktion. Denna klinik kommer vid sitt öppnande att ha 9 egna vårdplatser, som emellertid om ett par år kommer att ökas till 30.

Också när det gäller antalet patienter i öppen och slutna vård eller konsultationsfall på begäran från andra kliniker synes verksamheten vid reha-

biliteringskliniken i Borås vara av den största omfattningen. På de övriga klinikerna och avdelningarna synes patientantalet under år 1963 knappast i något fall ha överstigit 300.

Av särskilt intresse är att dagsjukvård organiserats vid flera av rehabiliteringsklinikerna (-avdelningarna).

Personaluppgifterna torde icke kunna göras till föremål för någon jämförelse, då olika praxis synes råda beträffande registreringen av viss personal såsom anställd vid rehabiliteringsklinikerna. Detta gäller i synnerhet sådana personalgrupper som sjukgymnaster, arbetsterapeuter och teknisk personal.

Av klinikerna för neurologisk rehabilitering startade den första i Göteborg 1956. Klinikens egna vårdplatser uppgår till 8 i lokaler på Epidemisjukhuset, vartill kommer 8 platser för sådan verksamhet vid neurologiska kliniken å Sahlgrenska sjukhuset. Vid Karolinska sjukhuset disponerar den neurologiska rehabiliteringskliniken 12 vårdplatser inom sjukhusets neurologiska klinik. Vid Södersjukhuset disponeras på motsvarande sätt för rehabilitering 6 vårdplatser vid dess neurologiska klinik.

Beträffande den öppna vården inom den neurologiska rehabiliteringsverksamheten har kapaciteten vid Göteborgskliniken angivits till "25 fall samtidigt" och vid Karolinska sjukhusets klinik till "5 å 6 nya patienter per vecka" samt vid Södersjukhuset till 10 nya patienter per månad jämte några konsultationsfall.

Nästan alla de rehabiliteringskliniker, som är i verksamhet, är försedda med träningslägenhet; på något håll finns dock ännu endast träningskök.

Medicinalstyrelsen har i sin redogörelse också tagit upp den medicinska rehabiliteringsverksamhet, som bedrivs vid statens arbetsklinik. Antalet platser för arbetsprövningsfall vid denna klinik kommer efter utbyggnad att öka från 30 till 40, varigenom klinikens kapacitet beräknas komma att uppgå till ca 200 "arbetsprövningar" per år. Behovet av sådan prövning har i arbetsmarknadsstyrelsens senaste uppskattningar angivits till 2 400 fall per år.

En annan institution för allmän rehabiliteringsverksamhet, som bör nämnas i detta sammanhang, är Uppsala läns landstings rehabiliteringscentral vid Akademiska sjukhuset, vilken utgör en öppen utredningsavdelning för alla slag av rehabiliteringsbehövande. Vid denna central sker — i nära samverkan med sjukhusets kliniker och laboratorier samt olika institutioner, bl. a. den socialmedicinska institutionen — arbetsfysiologisk, experimentalpsykologisk, socialmedicinsk och socialpsykiatrisk utredning. Rehabiliteringscentralen, som beräknas kunna utföra 500 utredningar per år, svarar för den medicinska ledningen även vid träningsverkstäderna. Av centralens läkare är överläkaren psykiater och internist medan den ena av underläkarna företräder internmedicin och den andra klinisk fysiologi.

Till de rehabiliteringsresurser som står till förfogande vid riksförsäkringsverkets sjukhus återkommer beredningen i kapitel 6.

Av ovanstående uppgifter framgår — trots deras ofullständighet — att den medicinska rehabiliteringsverksamheten hittills utbyggs i ringa omfattning och även där den förekommer delvis bedrivs i provisoriska former. Detta får emellertid icke tolkas som bristande intresse från sjukvårdshuvudmännens sida utan beror till stor del på att en utbyggnad med nya verksamhetsformer inom sjukvården alltid fordrar en komplicerad och tidskrävande planering. I själva verket torde rehabiliteringskliniker och därmed sammanhängande institutioner och andra resurser numera ingå i generalplanerna för flertalet av de centrallasarett, som ännu icke har någon sådan verksamhet. Även vid de sjukhus, där en rehabiliteringsverksamhet i särskilda former redan etablerats, pågår i flera fall planering för en utbyggnad av resurserna, vilken på några håll redan är under utförande.

CRB har ansett det vara av intresse att lämna en närmare redogörelse för några av de planer för en utbyggd rehabiliteringsverksamhet, som nyligen framlagts. Härom hänvisas till kapitel 4.

Vid bedömningen av de framtida resurserna måste dock konstateras att knappheten på rehabiliteringspersonal, storleken av de investeringar som kräves samt hittills rådande osäkerhet i fråga om rehabiliteringsklinikernas uppgifter och ställning medfört att utbyggnaden med sådana kliniker förlagts till en sen etapp i åtskilliga sjukhusplaner och sålunda kan komma att realiseras först efter åtskilliga år, såvida icke en snabbare utbyggnadstakt kan åstadkommas genom särskilda stimulansåtgärder.

I sin PM 1962 har CRB med utgångspunkt från kostnaderna för de rehabiliteringslokaler, som 1961 färdigställdes vid centrallasarettet i Danderyd och som var beräknade för ett invånarantal av 200 000, antagit att en utbyggnad med medicinska rehabiliteringsinstitutioner enbart vid regionsjukhusen komme att kräva investeringar icke understigande 200 miljoner kronor, vartill måste läggas en utrustningskostnad motsvarande ca 30 procent av anläggningskostnaden. Härvid framhölls att om utbyggnaden komme att fördröjas, måste man räkna med en betydande stegring av investeringskostnaden. Kostnadsberäkningarna för de utbyggnadsplaner som sedan dess upprättats tyder redan nu på att de verkliga kostnaderna kommer att ligga icke oväsentligt över den av beredningen gjorda uppskattningen. Beredningen ser häri en betydande risk för att utbyggnaden av de medicinska rehabiliteringsresurserna kommer att förete en fortsatt allvarlig eftersläpning inte minst i jämförelse med andra, förhållandevis snabbt växande delar av rehabiliteringsorganisationen. Härigenom skulle de påtagliga brister i den nuvarande rehabiliteringsverksamheten, som påtalats i de i CRB:s betänkande Samordnad rehabilitering, del 1, återgivna remissyttrandena över beredningens PM 1962 i form av för sent insatta, splittrade samt otillräckligt övervägda och fullföljda åtgärder, komma att ytterligare accentueras.

Dessa brister torde bero icke blott på underdimensioneringen utan kanske i ännu högre grad på ojämnheter i utbyggnaden av resurser av skilda slag. En förbättring härvidlag är bl. a. förutsättningen för en mera tillfredsställande samordning av den medicinska och arbetsmässiga rehabiliteringen.

Ett genomgående drag i de olika internationella dokument, som under senare år utfärdats rörande rehabiliteringsverksamheten, är de krav som ställes på en bättre integration av olika slag av rehabiliteringsåtgärder med starkare tonvikt på de medicinska insatserna. Som närmare utvecklats i kommentar i kapitel 3 av CRB:s betänkande, del 1, utgör denna förändring i inställningen själva vattendelaren mellan exempelvis de båda stora engelska utredningar, som avgivits rörande rehabiliteringsverksamheten — Tomlinson-rapporten 1943 och Piercy-rapporten 1956. I den sistnämnda utredningen antydes rent av att den rådande splittringen mellan medicinsk och yrkesmässig rehabilitering samt underdimensioneringen av särskilt de medicinska rehabiliteringsresurserna i Storbritannien delvis är en följd av att den förstnämnda utredningen i alltför hög grad är skriven med utgångspunkt från att en gränslinje kunde uppdragas mellan rehabilitering vid och utanför sjukhus. Piercy-kommittén instämmer sålunda i brittiska läkarsällskapets uttalande att ”principen om rehabiliteringens odelbarhet kullkastar strävandena att draga en gräns mellan medicinsk och yrkesmässig rehabilitering.”

Det är sålunda i nära överensstämmelse med den internationella utvecklingstrenden, som CRB ansett en översyn av de nuvarande rehabiliteringsformerna böra ske med utgångspunkt från principen att rehabiliteringen skall kunna bedrivas som en enhetlig och kontinuerlig process, vilken icke får äventyras av alltför strikta administrativa och andra gränsdragningar mellan olika institutioner.

Under det senaste decenniet har kraven på en utbyggnad och effektivisering av den allmänna rehabiliteringsverksamheten fått en allt starkare genomslagskraft. Ett flertal handikapporganisationer har härvid fört de olika gruppernas talan och påvisat föreliggande brister och behov. Dessa strävanden har överallt väckt ett starkt gensvar. Den viktigaste bakgrunden härtill är de stora socialförsäkringsreformerna och den samhällsideologi, på vilken dessa vilar.

KAPITEL 3

Vissa problem rörande den lasarettanslutna rehabiliteringsverksamheten

I ett flertal sammanhang har CRB fått bekräftelse på att den traditionella uppfattningen om sammansättningen av rehabiliteringsklientelet är alltför begränsad och att omfattande och mångfacetterade rehabiliteringsbehov föreligger inom betydligt fler grupper av sjuka och handikappade än man hittills vanligen räknat med. Det anförda belyses i beredningens betänkande Samordnad rehabilitering, del 1, samt i åtskilliga anföranden vid de båda konferenser, som beredningen anordnat under våren 1964 dels med huvudmännen i landsting och storstäder och dels med de fria handikapporganisationerna. Beträffande dessa konferenser hänvisas till de skrifter, som nämnes i beredningens i detta betänkande ingående missivskrivelse till statsrådet och chefen för socialdepartementet.

CRB, som tagit initiativ till vissa kartläggningar och analyser av rehabiliteringsklientelet och rehabiliteringsbehoven, är starkt medveten om svårigheterna för huvudmännen att — innan bättre underlag i dessa hänseenden föreligger — planera utbyggnaden av rehabiliteringsorganisationen på ett kvalitativt och kvantitativt väl avvägt sätt.

De rekommendationer till grund för utbyggnaden, som tidigare lämnats av berörda ämbetsverk, exempelvis i medicinalstyrelsens VPM 1954 angående utbyggd rehabiliteringsverksamhet inom lasarettsvården och arbetsmarknadsstyrelsens arbetsvårdpolitiska program 1960, har icke heller kunnat baseras på en sådan mera ingående kunskap och är därför avfattade i ganska allmänna ordalag. Även de uppskattningar som gjorts av behovet av platser vid rehabiliteringskliniker, träningsverkstäder och verkstäder för skyddad sysselsättning utgör i regel snarare arbetshypoteser än på mera exakta utredningar grundade beräkningar. Endast beträffande en del mindre grupper av handikappade har rehabiliteringsbehoven mera ingående analyserats.

Som återgivits i CRB:s ovannämnda betänkande anmälde medicinalstyrelsen i sitt yttrande över CRB:s promemoria 1962 sin avsikt att utfärda närmare råd och anvisningar rörande den medicinska rehabiliteringsorganisation vid regionsjukhus och centrallasarett. Förslag härom, huvudsakligen baserat på en år 1962 på uppdrag av medicinalstyrelsen utarbetad promemoria av överläkarna Bo Bjerner och Gösta Eriksson, tillställdes också CRB våren 1963 för samråd.

Efter vissa icke avslutade överläggningar med CRB har medicinalstyrelsen den 30 april 1964 utfärdat råd och anvisningar rörande allmänt medicinska rehabiliteringskliniker vid centrallasarett (stencil), vari bl. a. införts en not av följande lydelse:

Definitivt ställningstagande rörande arbetsprövningen och dess placering är alltfjämt föremål för diskussioner mellan arbetsmarknadsstyrelsen, centrala rehabiliteringsberedningen och medicinalstyrelsen.

I några andra noter anges även — dock icke på ett alldeles klarläggande sätt — att CRB varit av annan uppfattning.

Enligt CRB:s mening innehåller medicinalstyrelsens råd och anvisningar i flera avseenden värdefulla synpunkter och förslag, grundade på praktiska erfarenheter, huvudsakligen hämtade från verksamheten sådan den utformats vid ett par av de första rehabiliteringsklinikerna i landet. CRB delar sålunda helt uppfattningen om värdet av en integration av sådana former av eftersjukvård som rörelseterapi, hydroterapi, arbetsterapi och vissa andra behandlingsformer, vilka hittills ofta varit splittrade från varandra inom sjukvården.

Likaså finner CRB det värdefullt att den tidvis ifrågasatta principen att rehabiliteringsklinikerna måste förses med egna vårdplatser klart kommit till uttryck i medicinalstyrelsens råd och anvisningar. Beredningen konstaterar också med tillfredsställelse att den år 1956 av arbetsmarknadsstyrelsen och medicinalstyrelsen gemensamt lämnade rekommendationen till huvudmännen att ej förlägga arbetsträningsinstitut i omedelbar anslutning till sjukhus ej återfinnes i medicinalstyrelsens nu utfärdade råd och anvisningar. För en god samordning av medicinsk och yrkesmässig rehabilitering är det — som beredningen framhållit i sin PM 1962 — givetvis angeläget att dessa institut förlägges så att en rationell kontakt med sjukhusresurserna underlättas. Det hade emellertid varit av värde för huvudmännen om enighet förelegat rörande även en del andra ställningstaganden, som förekommer i medicinalstyrelsens råd och anvisningar.

På grund av den stora betydelse, som vissa organisationsfrågor har för den fortsatta planeringen av den investeringskrävande utbyggnaden av rehabiliteringsverksamheten vid sjukhus, har beredningen ansett sig böra här framföra följande synpunkter i anslutning till medicinalstyrelsens råd och anvisningar, sådana de nu föreligger.

Till en början vill då CRB med tillfredsställelse konstatera att ovannämnda råd och anvisningar begränsats till att avse rehabiliteringskliniker vid centrallasarett och icke — som enligt tidigare förslag — omfattar även rehabiliteringskliniker vid regionsjukhus. Som CRB i andra sammanhang framhållit bör i fråga om rehabiliteringsorganisationen vid regionsjukhusen i ännu mindre grad än i fråga om andra sjukhus någon schematisk likriktning ske utan att mera ingående överväganden och erfarenheter föreligger

om vilka krav bl. a. rehabiliteringsforskningen och undervisningen av rehabiliteringspersonal ställer på denna organisation och dess resurser.

Den gjorda inskränkningen vid rubriceringen av medicinalstyrelsens råd och anvisningar har dock icke konsekvent genomförts, eftersom i dessa upptagits frågan om arbetsprovningens ställning även i vad avser den eljest icke berörda rehabiliteringsorganisationen på regionnivå. Hur samordningen av denna del av rehabiliteringsverksamheten med rehabiliteringsorganisationen i övrigt på regionnivå skall ske har lämnats obeaktat.

Den problematik, som härvidlag föreligger, belyses i viss mån i kapitel 4, där bl. a. rehabiliteringsorganisationen enligt generalplanen för Karolinska sjukhusets utbyggande och planen för Östra sjukhuset i Göteborg återges.

Enligt medicinalstyrelsens råd och anvisningar skulle rehabiliteringsklinikerna komma att utformas nästan enbart som medicinska behandlingsavdelningar för eftersjukvård med huvudsaklig inriktning på rörelsehindrade, medan medicinalstyrelsens VPM 1954 angående en utbyggd medicinsk rehabiliteringsverksamhet hade en vidare syftning.

Som inledningsvis i detta kapitel framhållits råder ännu stor osäkerhet beträffande sammansättningen av det klientel, som är i behov av rehabilitering. Först på senaste tiden har en del undersökningar av försäkringskassornas s. k. 90-dagarsfall givit vissa anvisningar ifråga om fördelningen på olika sjukdomsgrupper av fall som kommer upp till bedömning i dessa sammanhang. De publicerade siffrorna tyder på att rörelseorganens sjukdomar och psykiska sjukdomar tillsammans svarar för hälften av 90-dagarsfallen, medan övriga fall fördelar sig på andra sjukdomsgrupper¹. Vid tillämpning av den nya socialförsäkringslagen och bedömningen av rehabiliteringsbehoven i samband därmed torde dock en sådan schematisk indelning efter sjukdomsgrupper ej vara tillfyllest; som bekant är det ofta framför allt kombinationer av olika sjukdomar och handikapp, som skapar svårigheter för återanpassningen av bl. a. psykologisk och social natur. Andra undersökningar av sjukförsäkringsmaterial pågår också liksom inventeringar av sjukhusmaterial, vilka synes visa att ett mycket stort rehabiliteringsbehov föreligger även vid sjukdomar, som hittills nästan ej alls ifrågakommit för medicinsk rehabilitering.

Med hänsyn till vad sålunda anförts befarar CRB att den i råd och anvisningar förordade organisationen fått en inriktning på en alltför snäv grupp av rehabiliteringsbehövande.

Även ifråga om de patientgrupper, som medicinalstyrelsen närmast synes

¹) 1962 års 90-dagarsundersökning. En socialmedicinsk analys av de långtids-sjuka inom våra storstäder genomförd av en samarbetsgrupp inom Stockholms, Göteborgs, Malmö och Norrköpings allmänna försäkringskassor. Manuskriptet utarbetat av Bernt Blomquist i samarbete med Sven Bergsmark och Gunnar Lindgren (stencil, mars 1964). Jfr för övrigt referatet å sid. 54.

räkna med vid rehabiliteringsklinikerna, befarar beredningen, att den angivna organisationen skulle komma att täcka en alltför begränsad del av rehabiliteringsprocessen. I ännu högre grad gäller detta om andra grupper av rehabiliteringsbehövande skulle tillföras klinikerna.

Här må erinras om det i remissyttrande över beredningens PM 1962 av Svenska läkaresällskapet gjorda uttalandet, vilket återgivits i CRB:s betänkande, del 1, att

rehabiliteringsverksamheten i Sverige hittills framför allt karakteriserats av det dominerande intresse man ägnat den bäst bearbetade delen av området, nämligen rehabiliteringen av vissa grupper av somatiskt handikappade, kanske framför allt de rörelsehämjade. 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.

CRB:s farhågor har också bekräftats bl. a. av professor Gunnar Inghe i en den 4 januari 1964 på framställning av CRB lämnad kommentar till det då föreliggande förslaget till råd och anvisningar. Enligt hans mening syntes en tillräcklig analys av problematiken icke ligga till grund för ifrågavarande förslag till råd och anvisningar. De tre grundläggande frågorna måste härvid vara:

- 1) Vilka skall rehabiliteras?
- 2) Vilka metoder är adekvata för åstadkommande av rehabilitering?
- 3) Vilken sakkunskap behövs för att handha detta klientel och dessa metoder?

Det är numera väl känt — säger Inghe — bl. a.

för socialmedicinsk expertis, att rehabiliteringsproblemen aktualiseras vid alla slags sjukdomar. Erfarenheter härom har vunnits från skilda håll. Kuratorerna vid olika avdelningar kan berätta härom. Socialläkarna med nu 20 års erfarenhet har hela tiden fått arbeta med vitt skiftande fall — de torde för närvarande vara de läkare som besitter den största erfarenheten av praktiskt rehabiliteringsarbete. Vid de socialmedicinska institutionerna har samundervisningen med olika kliniker främst gällt rehabiliteringsärenden — även där finns numera en betydande erfarenhet. Försäkringskassornas samarbetslag för 90-dagarsfall och pensionsfall har redan visat rehabiliteringsproblematikens vida omfattning. Inventeringar på t. ex. medicinklinik har visat ett synnerligen utbrett och icke tillfredsställt rehabiliteringsbehov vid sjukhusen.

Vid utformningen av förslaget föreföll det som om man uteslutande gått till de nuvarande sjukhusbundna rehabiliteringsavdelningarna samt statens arbetsklirik. I synnerhet de förra var verksamma inom en synnerligen trång sektor av rehabiliteringen och erfarenheterna från dessa kunde därför inte få vara uteslutande vägledande när nya riktlinjer för rehabiliteringsverksamheten skulle dragas upp.

Konsekvensen av den föreslagna organisationen skulle enligt Inghe bli att nya rehabiliteringsformer måste skapas vid sidan om rehabiliteringsavdelningar för den större del av klientelet, som nu lämnas utanför. En särskild socialmedicinsk verksamhet skulle alltså bli nödvändig vid sidan om rehabiliteringsavdelningar på samma sätt, som man tydligen menar, att psykiatrikerna skall arbeta.

Mycket talar dock för att man planerar för rörelsehindrade och för det socialmedicinska klientelet i ett sammanhang, så att man kan få ett block med differentierad expertis i stånd att klara alltsammans.

Ur Inghe's kommentarer till den utformning av klinikerna, som föreslagits, må i övrigt citeras följande:

För de rörelsehämmade, i varje fall så länge de inte företer svårare psykiska eller sociala komplikationer, torde de metoder för rehabilitering som utformats vid rehabiliteringsavdelningarna i princip vara adekvata. "Råd och anvisningar" gäller detta klientel.

För de somatiskt sjuka men psykiskt normala patienter som är i särskilt behov av rehabilitering (jag bortser här från de rörelsehindrade) kan naturligtvis en del vara i behov av fysisk stimulerande uppövning och träning och således vara betjänta av att passera en rehabiliteringsavdelning. För många ligger problemet dock inte alls på detta plan utan för att hjälpa dessa sjuka, nedslitna och trötta patienter till ett aktivt liv behövs en samordning av medicinsk terapi, social sanering (icke sällan med radikala ingrepp i miljön) och psykologisk stimulans. Många behöver varken vistelse på rehabiliteringsavdelning eller träningsverkstad utan främst kontakt med en person, som går dem till mötes i miljön, visar förståelse och inlevelse, tar de rätta sociala initiativen och sedan med varsam hand bereder dem för arbete i samråd med arbetsvården, stundom vid sidan om denna. Viktigt är hela tiden nära samarbete med vederbörande somatiska specialister.

Även en del psykiskt sjuka kan behöva vistelse på rehabiliteringsavdelning eller motsvarande. "Råd och anvisningar" synes utgå från att psykiatrikerna på mentalsjukhus och kliniker i regel klarar detta klientel genom en särskild rehabiliteringsavdelning inbyggd i mentalsjukhuset respektive kliniken. Detta är förmodligen delvis riktigt. Men att bygga upp flera konkurrerande rehabiliteringsavdelningar inom ett sjukhus med delvis samma maskinpark är en tvivelaktig linje. Man saknar därför varje försök att diskutera möjligheterna att ge den allmänna rehabiliteringsavdelningen en sådan utformning att den med framgång skall kunna ta hand även om åtminstone vissa psykiatriska fall.

Inghe konstaterar även att det i förslaget till råd och anvisningar icke ges någon som helst antydan om

hur de psykiatriska rehabiliteringsavdelningarna skall se ut. Man glömmer också att majoriteten av psykiskt sjuka behandlas i öppen vård, polikliniskt eller hos enskilda läkare. Många av dessa fall behöver också rehabiliteringsansträngningar för att bli hyggligt återanpassade till arbete och miljö. För många behövs då en metodik av samma slag som ovan beskrivits för gruppen somatiskt sjuka.

Slutligen berör Inghe som en fjärde stor grupp av rehabiliteringsfall

sådana patienter som förutom somatiska eller psykiska handikapp företer sociala arbetshinder, t. ex. alkoholmissbruk, asocialitet, eller som är arbetshämmade, negativt inställda, sociogent skadade efter åratals konfrontation med hjälpare och myndigheter etc. Här finner man de allra svåraste fallen. Att märka är att även denna grupp är betydande. Både från rehabiliteringsavdelningarna, arbetsträningsinstitutet, arbetskliniken och arbetsvårdsexpeditionerna klagar man över denna grupp, som man synbarligen har svårt att klara och helst skulle vilja slippa. Detta är den svåraste gruppen och just den som andra läkare självfallet väntar, att rehabiliteringsexperter skall ta hand om — lättare fall klarar man gärna och stundom utan svårighet på egen hand.

— — — — —
 Denna mycket svåra grupp (som numera återfinnes överallt i rehabiliteringsverksamheten) är ingen ensam mäktig att behandla. Socialläkarna torde vara de mest specialiserade. De har lärt sig hur man så småningom skall få passiva och negativt inställda partiellt arbetsföra on speaking terms och därmed behandlingsbara.

CRB konstaterar att ifråga om samtliga här berörda grupper krävs betydande medicinska rehabiliteringsinsatser, vilket bör beaktas vid utformningen av den allmänna rehabiliteringsorganisationen vid sjukhusen. Den sammansättning av klientelet och de arbetsuppgifter, som man i realiteten har att räkna med, måste också spela stor roll vid fastställandet av de kompetenskrav, som bör gälla för rehabiliteringsläkare. Inte minst viktigt är härvid om denne läkare själv bör besitta erforderlig sakkunskap även på det socialmedicinska området eller om ett organiserat samarbete mellan socialmedicinsk och annan rehabiliteringsexpertis förutsättes ske inom den medicinska rehabiliteringsverksamheten. Dessa frågor har i medicinalstyrelsens råd och anvisningar lämnats öppna. Som framgår av följande kapitel har däremot dessa frågeställningar aktualiserats i samband med där återgivna planer för utbyggnaden av rehabiliteringsorganisationen vid vissa sjukhus.

I och för sig skulle måhända icke behöva särskilt framhållas att vid och i anslutning till rehabiliteringskliniker meddelad behandling och rådgivning och vid dem bedrivet samarbete med medicinska och andra institutioner och organ måste baseras på fortlöpande undersökning och prövning av patienternas hälsotillstånd och funktionsförmåga samt att vid dessa kliniker i särskilt hög grad gäller att denna förmåga måste ställas i relation till för vederbörande aktuella krav inte minst när det gäller arbete. Termen *arbetsprövning* för denna verksamhet torde därför vara helt adekvat.

Till behovet av bedömningar av här angivet slag återkommer CRB bl. a. i kapitel 5, som berör socialförsäkringen och rehabiliteringsorganisationen.

Frågan om arbetsprövningens ställning i rehabiliteringsorganisationen har utförligt diskuterats i CRB:s betänkande Samordnad rehabilitering, del 1, och den däri lämnade kommentaren till remissyttrandena över CRB:s PM 1962. I denna kommentar har beredningen bl. a. erinrat om att i medi-

cinalstyrelsens VPM 1954 angående utbyggd medicinsk rehabiliteringsverksamhet inom lasarettsvården anförts följande:

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 arbete av annan art.

En koncentration av denna prövning till ett länscentrum med erforderliga resurser kan bl. a. väntas medföra ett mera tillförlitligt bedömande av frågor, som röra invaliditetsersättning och förtidspensionering, vilket vore av allra största betydelse ur såväl de berörda individernas som produktions- och samhällsekonomisk synpunkt.

Härmed synes även överensstämma att i medicinalstyrelsens råd och anvisningar 1964 starkt understrukits arbetsterapeutens viktiga funktioner när det gäller patientens återinpassning i arbetslivet, bl. a. i samband med den förberedande bedömningen av patientens arbetsmöjligheter och genomförandet av en förberedande träning av patienter med ett arbetsmål i sikte.

I råd och anvisningar framhålles härom bl. a. följande.

Varje patient bör så snart som möjligt övas i de arbetsmetoder som han kan tänkas ägna sig åt i fortsättningen. Då det här oftast rör sig om olika former av industriarbete, är det nödvändigt att inom arbetsterapiens ram inrätta industriell arbetsterapi. I praktiken innebär detta en verkstadslokal, utrustad med olika maskiner för trä- och metallarbeten.

Det framhålles också att

man icke kan räkna med, att arbetsterapeuterna genom sin utbildning skall vara i stånd att helt svara för den industriella arbetsterapien. I många fall torde det te sig nödvändigt att anställa verkstadsledare med speciell utbildning.

Utom funktionell uppträning, yrkesträning och teknisk service anges som en uppgift för den industriella arbetsterapien att verkställa

preliminär arbetsförmågebedömning och anlagsprövning. Patientens arbete i terapiverkstaden samt hans förmåga till psykologisk anpassning och sätt att uppträda i denna miljö kan ge en uppfattning om hans möjligheter att trots sitt handikapp fungera inom industriarbete. Denna är i många fall tillräcklig för att han skall kunna placeras i lämpligt arbete utan alltför omfattande testning.

Enligt ifrågavarande råd och anvisningar bör inom en rehabiliteringsklinik också finnas möjlighet till arbetsträning inom exempelvis kontorsarbete, trädgårdsarbete m. m. Det framhålles att uppläggningsgivetvis i hög grad är beroende av arbetsmarknadens struktur i patientens hemort.

CRB kan helt dela den uppfattning, som här framkommit om betydelsen av en tidig inriktning av vården på reella arbetsmål och en i samband därmed bedriven prövning och bedömning av patientens prestationsförmåga m. m. med hänsyn till de krav som ställes. CRB vill därvid särskilt framhålla att redan på detta stadium samråd med arbetsmarknadsexperter ofta behöver ske, särskilt om tveksamhet föreligger om patientens möjligheter att återgå till tidigare arbete.

Någon principiell skillnad mellan medicinalstyrelsens i det föregående refererade uppfattning och CRB:s inställning synes alltså icke föreligga. Det är sålunda i nära överensstämmelse med vad som anförts av medicinalstyrelsen som CRB i sin PM 1962 med riktlinjer för rehabiliteringsverksamhetens utbyggnad och organisation framhållit att den medicinska rehabiliteringen måste utgå ifrån och bedrivas med ledning av en fortlöpande prövning och bedömning av patientens psykiska och fysiska kapacitet i förhållande till för honom aktuella sociala och yrkesmässiga krav. CRB har därvid konstaterat att denna bedömning måste funktionellt integreras med patientens medicinska rehabilitering och därför bör ingå i rehabiliteringskliniker-
nas uppgifter.

Mera frågande ställer sig CRB till uttalandet i medicinalstyrelsens råd och anvisningar "att den industriella arbetsterapi dock icke skall ersätta varken verksamheten vid arbetsklirik eller träningsverkstad". Gränsen mellan arbetsträning och arbetsterapi, i synnerhet industriell sådan, finner CRB vara i hög grad flytande. Som exempel härpå kan hänvisas till att i råd och anvisningar behov ansetts föreligga av verkstadsledare med speciell utbildning även inom den industriella arbetsterapi. Gemensamt för båda verksamhetsformerna är bl. a. att behandlingssyftet är det primära och icke produktionsresultatet i och för sig. Någon närmare motivering till de skiljaktigheter i fråga om administration och ersättning för patienternas arbetsinsatser, som för olika fall inom dessa behandlingsformer rekommenderas i medicinalstyrelsens råd och anvisningar, har icke lämnats. *Såväl arbetsterapi som arbetsträningens resurser bör enligt CRB:s mening efter behov kunna utnyttjas för den yrkestekniska delen av den helhetsbedömning, för vilken CRB anser beteckningen arbetsprövning böra reserveras. CRB har för sin del uttalat att vid arbetsprövningen, vilken i övrigt förutsättes ske på rehabiliteringsklinikerna, även de kommunala träningsverkstäderna utanför sjukhusen bör kunna utnyttjas för den yrkestekniska delen av denna prövning, om verkstäderna är så belägna att en nära samordning kan ske mellan den medicinska och arbetsmässiga rehabiliteringen. Beredningen har däremot icke uppställt krav på att dessa träningsverkstäder skall ingå i sjukhusorganisationen.*

Under en övergångstid, tills rehabiliteringsorganisationen vid sjukhusen hunnit utbyggas till erforderlig kapacitet, har beredningen ansett att det kunde vara av värde, om en kvalitativt tillfredsställande arbetsprövning

komme till stånd vid vissa centralt belägna träningsinstitutioner, där tillfredsställande medicinsk service kunde etableras. Som i CRB:s betänkande, del 1 (sid. 182), anförts i kommentaren till remissyttrandena över beredningens PM 1962 ansåg beredningen emellertid ett sådant arrangemang på längre sikt utgöra en icke önskvärd dubbelorganisation, som bl. a. kunde befaras ställa alltför stora krav på de knappa personalresurserna.

Som CRB framhållit i samma kommentar har inrikesministern i bilaga 13 till 1964 års statsverksproposition (sid. 96) erinrat om detta CRB:s ställningstagande och vidhållit sitt i anslutning därtill gjorda, av riksdagen biträdde uttalande i proposition 1963: 53 (sid. 15) att han 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.

Beträffande det i 1964 års statsverksproposition gjorda uttalandet om provningsavdelningarna synes här som en komplettering böra nämnas att i byråskrivelse från departementet till arbetsmarknadsstyrelsen den 6 april 1964 med kommentar till uttalandet anförts, att detta enligt inrikesministerns mening borde läsas så, att samma statsbidrag borde utgå till provningsavdelningar inom träningsverkstäder som till träningsverkstäderna i övrigt. I de fall, då provningsavdelningar redan startats i anslutning till träningsverkstäder eller då en konkret planering för dylika avdelningar skett med utgångspunkt i av arbetsmarknadsstyrelsen tidigare förutsatta statsbidrag, borde därför en successiv avveckling av det högre bidraget ske. Härvid borde eftersträvas, att det 100-procentiga statsbidraget under en tidrymd av fem år sänktes ned till samma nivå som gäller för driftbidragen vid träningsverkstäder. Om arbetsprövningen under denna tid togs upp till behandling i ett större sammanhang kunde frågan givetvis komma i ett annat läge. Vad i skrivelsen anförts gällde under förutsättning att riksdagen godtog vad inrikesministern anförde i statsverkspropositionen. Detta har sedermera skett.

I detta läge framfördes den 27 april 1964 från CRB under hand till medicinalstyrelsen och arbetsmarknadsstyrelsen i huvudsak följande riktlinjer för arbetsprovningens inordnande i rehabiliteringsorganisationen:

Inom områden där rehabiliteringskliniker redan är i verksamhet skall arbetsprövningen i princip utövas under en medicinsk rehabiliteringsklinikens ledning och ansvar. Detta skall vara fallet även om arbetsprövningen i större eller mindre utsträckning lokalmässigt äger rum inom en av kommunalt arbetsvårdsorgan driven arbetsträningsinstitution. Där medicinska rehabiliteringskliniker ej finns inrättade kan arbetsprövningen bedrivas av en för sådan prövning särskilt utrustad arbetsträningsinstitu-

tion, givetvis under verkligt kvalificerad medicinsk kontroll och ledning. På längre sikt bör arbetsprövningen, inte minst den kvalificerade arbetsprövningen på regionnivå, vara direkt knuten till den medicinska rehabiliteringskliniken, varvid ett nära samarbete självklart måste äga rum mellan rehabiliteringskliniken och berörda delar av arbetsmarknads- sidans verksamhet.

Kvalificerad arbetsprövning av den typ, som bedrivs vid statens arbets- klinik, skall i det framtida rehabiliteringssystemet ingå som en integrerad del i de medicinska rehabiliteringsklinikernas verksamhet, i första hand på regionnivå och i erforderlig utsträckning även vid centrallasarett.

Sedan dessa riktlinjer framlades har generalplanedelegationen för Karo- linska sjukhuset — som här tidigare nämnts — avgivit förslag rörande sjuk- husets utbyggande. Detta förslag har nyligen remitterats för yttrande till bl. a. CRB, som i nämnda sammanhang kommer att taga närmare ställning till de olika delarna av rehabiliteringsorganisationen i planen. Av denna framgår att det tyvärr torde dröja avsevärd tid innan resurser för en ända- målsenlig rehabiliteringsorganisation kan erhållas vid Karolinska sjukhuset.

Av bl. a. detta skäl torde frågan om arbetskliniken ställning icke med nödvändighet påkalla en omedelbar lösning. I överensstämmelse med de synpunkter på arbetsprövningen, som utvecklats i det föregående, vill be- redningen emellertid här ytterligare understryka att den organisationsform, som statens arbetsklinik i administrativt hänseende representerar och som är betingad av förhållandena vid dess tillkomst, icke bör tjäna som mönster vid utbyggnaden av rehabiliteringsorganisationen vid regionsjukhusen i öv- rigt.

Om — som avsetts i en av medicinalstyrelsen i dess råd och anvisningar åberopad promemoria från arbetsmarknadsstyrelsen — arbetsprövningen framgent skulle förläggas till särskilda arbetsprövningsavdelningar inom fristående arbetsträningsverkstäder, kommer rehabiliteringsklinikerna — även om de själva besitter eller har tillgång till goda fysiologiska labora- torie- och andra resurser för s. k. funktionsprövning — att få begränsade möjligheter att göra den allsidiga bedömning av sina patienter, som är för- utsättningen för en rationell behandling och rådgivning. Då intagning på de särskilda arbetsprövningsavdelningarna — liksom enligt gällande statsbi- dragsbestämmelser på arbetsträningsverkstäderna i övrigt — förutsätter be- slut härom av den statliga arbetsvårdsmyndigheten, kan det icke uteslutas att klienter, som bedömes såsom mera "utbildningsbara" av befattnings- havare hos denna myndighet, ges företräde till arbetsprövningsavdelningens platser, medan patienter från rehabiliteringskliniken, vilka kanske under- gått en långvarig, påfrestande, för dem själva och samhället kostsam be- handling, icke alls eller först efter avsevärd väntetid anses böra ifrågakom- ma till sådan prövning. Om på detta sätt den i helhetsbedömningen ingående

yrkestekniska prövningen icke kommer till stånd eller fördröjes är risken stor att patientens tillstånd försämras och hela rehabiliteringen äventyras.

Det synes klart att de för rehabiliteringsklinikerna ansvariga instanserna i längden icke kan finna sig i misslyckanden i verksamheten av sådan anledning. Systemet kan i stället framtvunga en komplettering av sjukhusens egen rehabiliteringsorganisation med de resurser för yrkesteknisk prövning, som eljest skulle saknas. Detta kan ske i samband med den av medicinalstyrelsen förordade utbyggnaden av resurserna för bl. a. industriell arbetsterapi. Det kan också ske genom att man inom sjukvården inrättar särskilda träningsverkstäder, om därmed avses verkstäder med mera omfattande maskinell och teknisk utrustning, som kan ge en mera "industriell miljö". Möjlighet föreligger givetvis också att komplettera resurserna genom att träffa överenskommelse om yrkestekniska prövningsmöjligheter i "reell miljö", d. v. s. ute i arbetslivet. Exempel finns, vilka tyder på att denna utveckling redan är på väg.

På samma sätt är det naturligt om man från den kommunala arbetsvårdssidan kan känna behov av att förfoga över egna medicinska rehabiliteringsresurser vid sina institutioner, såvida man icke får möjlighet att i sin verksamhet intimt samarbeta med ett sjukhus och vid behov kunna utnyttja dess medicinska rehabiliteringsresurser.

Slutresultatet skulle då bli att både arbetsträningsverkstäderna och rehabiliteringsklinikerna skulle komma att förses med fullständiga medicinska, sociala och yrkestekniska resurser för en allsidig arbetsprövning. Varken från de samordningssynpunkter som CRB har att bevaka eller från allmänna rationaliseringssynpunkter synes en sådan dubbling av arbetsprövningsresurserna vara ändamålsenlig och försvarbar. Icke heller står den i överensstämmelse med huvudmannarådets till medicinalstyrelsen framförda önskemål att icke allt för stora krav skall ställas på utbyggnaden av rehabiliteringsorganisationen med hänsyn till bl. a. den knappa personaltillgången.

Sedan medicinalstyrelsens anvisningar utfärdades har fortsatta överläggningar mellan styrelsen och CRB ägt rum särskilt rörande arbetsprövningen. Medicinalstyrelsen har därvid förklarat sig dela beredningens uppfattning om vikten av att resurserna för arbetsprövningen icke splittras och att därför tillämpningen av arbetsmarknadsstyrelsens PM om utbyggnad av en mera kvalificerad arbetsprövning vid arbetsträningsverkstäderna bör betraktas som en övergående organisationsform i avvaktan på en slutlig reglering av dessa frågor organisatoriskt och i fråga om statsbidrag.

Ett effektivt utnyttjande av personalresurserna är en starkt bidragande orsak till att CRB förordat att basorganisationen för rehabiliteringsverksamheten i ett landstings- eller storstadsområde så vitt möjligt ställes under

enhetlig medicinsk ledning från rehabiliteringsklinikerna, oavsett om vissa institutioner drives av sjukvårdens förvaltningsorgan eller av annat kommunalt organ. Vid de fortsatta överläggningarna på hösten 1964 har medicinalstyrelsen anslutit sig till denna principiella uppfattning.

Chefen för arbetsmarknadsstyrelsen hade för sin del redan den 27 april 1964 givit sin anslutning till de principiella riktlinjer rörande arbetsprövningen, som från beredningen då under hand framfördes till arbetsmarknadsstyrelsen och medicinalstyrelsen.

KAPITEL 4

Några aktuella projekt för utbyggnaden av rehabiliteringsorganisationen vid regionsjukhus och centrallasarett

Såväl på region- som på centrallasarettsnivå har under det senaste året framlagts omfattande planer för utbyggnad av rehabiliteringsorganisationen vid och i anslutning till sjukhus. I det följande återges huvuddragen i den i 1964 års generalplan för Karolinska sjukhusets utbyggande föreslagna rehabiliteringsorganisationen (juni 1964), det av docent Einar Helander på uppdrag av planeringsavdelningen inom Göteborgs sjukvårdsstyrelse utarbetade förslaget avseende den medicinska rehabiliteringsverksamheten i Göteborg (oktober 1963), den organisation för rehabilitering och socialmedicinsk verksamhet, som upptagits i generalplanen för Enskededalens sjukhus (juli 1964), samt den i generalplanen för länsallasarettet i Sundsvall upptagna kliniken för fysikalisk medicin och rehabilitering (oktober 1962, reviderad augusti 1964) jämte därmed sammanhängande program för arbetsträningsverkstäder m. m. (mars 1964).

1964 års generalplan för Karolinska sjukhusets utbyggande

I generalplanen anges att sjukhuset kommer att omfatta 1 500 normalvårdplatser för vuxna. Sjukhuset är avsett dels att som centrallasarett betjäna ett direkt upptagningsområde med ca 140 000 personer, dels att vara regionsjukhus för den s. k. Stockholmsregionen samt för Södermanlands och Gotlands läns landstings sjukvårdsområden. Sjukhuset kan därjämte beräknas komma att mottaga remissfall från hela riket. Behovet av medicinsk rehabilitering har icke beräknats uteslutande för ett befolkningsunderlag motsvarande sjukhusets lokala upptagningsområde utan jämväl för de fall från regionen, som kräver speciella rehabiliteringsåtgärder med kvalificerad sjukvård.

Bland förutsättningarna för 1964 års generalplan anges i denna att under senare år krav på en utbyggd rehabiliteringsorganisation av helt annan omfattning än tidigare för alla grupper av handikappade rests med allt större styrka. Den framtida utbyggnaden och organisationen av rehabiliteringsverksamheten vid Karolinska sjukhuset har därför ägnats särskild uppmärksamhet i samband med generalplanarbetet. Härvid har delegationen ansett det särskilt viktigt, att den medicinska rehabiliteringen ej planeras och

administreras såsom något för sig och den sociala rehabiliteringen såsom något för sig. Rehabiliteringen måste i stället ses som en enhet, vari ingår såväl medicinska som sociala element.

I generalplanen har rehabiliteringsorganisationen vid sjukhuset utformats som ett *centrum för rehabiliteringsmedicin (CRM)*. Härvid har man utgått från att med rehabilitering i vid betydelse avses allt som kan göras för sjuka eller skadade människor för att återställa deras fysiska och psykiska arbetsförmåga. Åtgärderna syftar till att göra den sjuke så litet beroende av annans hjälp som möjligt och då så kan ske återföra honom till ett för honom avpassat produktivt arbete.

De åtgärder, som i dessa syften kommer ifråga, anges i huvudsak vara följande:

fysioterapi och arbetsterapi: funktionsförbättring, tekniska hjälpmedel, selsättning, ökad motivation

funktionprövning: fysisk arbetsförmåga, intellektuell och emotionell prestationsförmåga, uthållighet, motivation

social återanpassning: arbetsprövning, arbetsträning, arbetsanvisning, om skolning, bostadsanalys.

Denna process kräver en väl anpassad samordning mellan företrädare för medicin och arbetsvård. Undervisning och forskning måste vara organiskt inlemmade i verksamheten.

CRM avses omfatta:

klinik för allmän medicinsk rehabilitering,

klinik för neurologisk långtidsrehabilitering,

ambulatorisk rehabiliteringscentral,

Karolinska institutets institution för undervisning och forskning inom rehabiliteringsmedicin,

fysio-terapeutinstitutet (statens utbildningsanstalt för sjukgymnaster och arbetsterapeuter),

centrum för kvalificerad arbetsprövning — statens arbetsklinik.

Intimt samordnad med detta centrum planeras *Karolinska institutets institution för socialmedicin*.

En *eftervårdsklinik* — klinik för långtidssjuka — anslutes eventuellt till CRM.

Beträffande frågan om ett samarbete mellan medicinsk rehabilitering å ena sidan och långtidsvård å den andra framhålles i planen att långtidsvård och rehabilitering i stor utsträckning har behov av liknande resurser när det gäller personal, lokaler och teknisk utrustning. Behandlingsformer och träningsmetoder överensstämmer också i stor utsträckning. I sjukvårdstekniken finns många gemensamma drag. Beröringspunkterna är i själva verket

så många, att man kan ifrågasätta, om icke båda dessa kliniker bör sammanlösas. Praktiska synpunkter talar emellertid för en uppdelning. Kliniken för långtidsvård bör vara samorganiserad med olika avdelningar för långtidsvård i periferin och med hemvård. Rehabiliteringskliniken måste å sin sida ha en nära associering till arbetsvården och arbetslivet. Båda dessa områden är så omfattande och så socialt betydelsefulla, att de icke kan tillfredsställande överblickas och ledas av en enda person.

En uppdelning av patienter på två olika organisationer med särskilda överläkare i spetsen får dock inte innebära att dessa ej samarbetar på ett intimt sätt, då man vid bedömningen om en viss patient hör till långtidsvårdskliniken eller rehabiliteringskliniken endast har relativa kriterier. Av dessa torde de viktigaste vara åldern och sjukdomstillståndet. Äldre personer utgör i allmänhet långtidsvårdsklientel och endast i undantagsfall rehabiliteringsklientel.

Som en viktig princip framhålles att även under rehabilitering kontinuiteten i patientens vård tryggas. Detta måste ske genom ett intimt samarbete mellan respektive överläkare och de specialister som omhänderhaft patientens akutbehandling. Så långt det av medicinska skäl är nödvändigt måste dessa specialister följa upp patienten även under eftervård-långtidsvård och rehabilitering.

Viss *rehabilitering* kommer liksom tidigare att utföras inom *vederbörande normalvårdskliniks ram* eventuellt med ökade personella och tekniska resurser. Normalvårdsklinikens läkare har möjlighet att som konsult utnyttja läkare vid den ambulatoriska rehabiliteringscentralen. Patienterna på normalvårdsavdelningarna har vidare möjligheter att erhålla speciell typ av *behandling på den ambulatoriska rehabiliteringscentralen*. Det torde även i många fall vara praktiskt att från normalvårdsavdelningar utskrivna patienter, som behöver fortsatt rehabilitering för arbetsanpassning, direkt kontrolleras från den ambulatoriska rehabiliteringscentralen, som sålunda måste planeras för att svara mot detta behov.

I planen framhålles som angeläget att för neurologiska, psykiatriska, ortopediska, reumatologiska och respiratorisk-cirkulatoriska fall möjligheter bibehålles respektive utbygges så att patienterna får visst mått av sjukgymnastik och arbetsterapi regelbundet under sin vårdtid utan långa tröttsamma transporter. I detta sammanhang framhålles att en fullgod rehabiliteringsverksamhet kräver sjukgymnastik och arbetsterapi ett flertal gånger per dag med avbrott för måltider — vila — förströelse.

Rent allmänt påpekas att intresset för rehabilitering kan vara mycket varierande inom olika kliniker och inriktat på olika delar av rehabiliteringsprocessen och att det sålunda blir *CRM:s uppgift att samordna olika aspekter på den enskilda klienten samt att utfylla eventuella brister i den rehabilitering, som ges på de olika klinikerna*.

Vid sjukhusets verksamma *kuratorer* bör framdeles ha direktkontakt med

de på CRM befintliga *arbetsvårdstjänstemännen*, varigenom social anpassning eller omskolning bör kunna planeras mera intimt tillsammans med specialavdelningsläkaren än tidigare varit fallet. *CRM måste planeras med hänsyn till att patienter kan komma att remitteras från samtliga avdelningar.*

Beträffande den principiella uppläggningsen av rehabiliteringsverksamheten anföres i planen bl. a. följande:

Barnrehabilitering förutsättes i huvudsak skola ske inom eller i direktanslutning till barnklinikerna.

Samarbete med *urologisk expertis* är nödvändigt vid adekvat rehabilitering av patienter med vissa sjukdomar. CRM bör intimt samarbeta med diabetesdispensär, ulcusdispensär, reumatologdispensär och den foniatriska avdelningen.

Utom med specialklinikerna på Karolinska sjukhuset måste CRM ha möjlighet till god *kontakt med arbetsvårdande myndigheter* samt med *sjukkasorganisation, socialvård och läkare i öppen vård.*

CRM:s arbete kommer i stor utsträckning att bedrivas i form av konferenser mellan olika befattningshavare.

Neurologisk rehabilitering är i flera hänseenden särpräglad och *neurologiska kliniken har därför egen rehabiliteringsavdelning.* Man kan emellertid vänta sig ett betydande samarbete mellan denna och CRM. Det har visat sig organisatoriskt nödvändigt att skilja mellan korttids- och långtidsrehabilitering av neurologiska fall.

Psykiatriska problem är väsentliga inom all rehabilitering. Psykiska abnormiteter, sjukdomar och arbetshindrande attityder är av särskilt stor betydelse som arbetshinder inom det svårplacerade och svårbedömbara arbetsvårdsklientelet.

De patienter, som vårdas vid den psykiatriska kliniken för psykisk sjukdom eller insufficiens av olika art och svårighetsgrad, är ofta i behov av rehabiliterande åtgärder. Under den mera akuta sjukdomsfasen har de ofta god nytta av sjukgymnastik och fysikalisk terapi. Många spända och ängsliga patienter mår väl av avspänningsgymnastik. Sysselsättningsterapi är av mycket stor betydelse för att hindra patienterna att sjunka ner i dysfori och inaktivitet. Många patienter behöver hjälp med arbetsplacering, eventuellt arbetsbyte, samt social hjälp i olika former.

I anslutning till vissa beräkningar, som utförts inom Karolinska sjukhuset, har *slutna vårdenheter* planerats enligt följande:

1. klinik för allmän rehabilitering — ca 50 vårdplatser
2. klinik för neurologisk långtidsrehabilitering och paraplegicentrum — ca 50 vårdplatser
3. eftervårdsklinik — klinik för långtidsvård — ca 110 vårdplatser.

Sjukgymnast- och arbetsterapiavdelningarna inom CRM har till sin storlek planerats så att de skall kunna samtidigt betjäna ca 75 patienter.

Beträffande resurserna för *arbetsprövning* erinras om den verksamhet, som bedrivs vid statens arbetsklirik, vilken är av övervägande utredande natur och således ej avser rehabilitering genom fysikalisk terapi, sjukgymnastik, arbetsterapi etc. Den medicinska verksamheten vid en arbetsklirik anges närmast vara av socialmedicinsk natur. Generalplanedelegationen säger sig vara medveten om att det finns motiv för en anknytning av arbetsklirik till Karolinska sjukhuset, men finner även motiv, som talar för en anknytning till en arbetsträningsinstitution med goda allmänna resurser och belägen i närheten av ett regionsjukhus.

Efter en relativt ingående argumentering anges som en förutsättning för att en institution för kvalificerad arbetsprövning skall kunna fullgöra sina arbetsuppgifter att den har nära kontakter med ett stort sjukhus. En så nära lokal anslutning som möjligt är nödvändig med hänsyn till institutionens behov att repliera på sjukhusets olika ambulatorier för undersökningar samt för att få möjlighet att konsultera vissa medicinska specialiteter. Arbetsklirik har i dessa avseenden haft ett samarbete med Karolinska sjukhuset. Det anses önskvärt, att detta samarbete kan bestå och ytterligare utvidgas. Starka skäl talar därför för att arbetsklirik i framtiden förlägges i nära lokal anknytning till ett framtida rehabiliteringscentrum vid sjukhuset. 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 klirik, lämpligen kunna samordnas med övrig undervisning.

I planen framhålles vidare att "även om i föreliggande planering en *socialmedicinsk institution* endast förutsatts ligga i god anslutning till CRM, bör i detta sammanhang påpekas de resurser inom den öppna socialmedicinska vården, som kan tänkas tillgodoses vid en dylik institution". Följande uttalande av professor G. Inghe återges i anslutning härtill:

Den socialmedicinska mottagningen övertar problemfall, som klirikerna och de praktiserande läkarna inte går i land med och vilka de särskilda rehabiliteringsavdelningarna inte är anpassade för. Som exempel på sådana fall kan nämnas följande:

1. Arbetsvilliga personer, eventuellt med god utbildning, som lätt råkar i konflikt med omgivningen och därför är utpräglat svårplacerade. Som partiellt arbetsföra efter sjukdom råkar de stundom i besvärliga situationer.

2. Arbetshämmade eller direkt arbetsnegativa personer. Somliga av dessa kan vara i behov av arbetsträning men kan inte förmås att anlita rehabiliteringsavdelning och träningsinstitut. De håller sig ibland undan, flyr bokstavligen arbete. I socialmedicinsk verksamhet får man ibland ta itu med sådana fall, vilka den vanliga arbetsvården gått helt bet på.

3. Snabbt uttröttbara hoppjerkor med arbetshinder av olika slag, vilka kanske både undergått arbetsprövning och arbetsträning, dock utan nämnvärt resultat på längre sikt. Sådana fall behöver stundom följas än längre och nya initiativ tagas undan för undan.

4. Vissa näringshjälsärenden, där inläggning på rehabiliteringsavdelning inte tjänar något egentligt syfte utan det avgörande är en samlad socialmedicinsk bedömning av förhållandena.

5. Fall med besvärliga miljöförhållanden, som har svårt att följa läkarens ordinationer och att hålla fortsatt kontakt med läkare.

6. Fall med bristande förmåga att följa ordinationerna: inte sällan med allvarliga konsekvenser (t. ex. tuberkulösa, som inte sköter sanatorievistelser och dispenserkontroller, diabetiker, som slarvar med insulinbehandling). I sådana fall kan förbättringar åstadkommas genom miljöingripanden av olika slag.

7. Fall där miljöfaktorer spelar in i etiologin och omfattande miljösaneringar och kontinuerligt stöd i miljön kan vara nödvändigt för att förhindra recidiv i sjukdom.

8. Fall från kliniker (ibland även rehabiliteringsavdelningen) som är svårplacerade vid utskrivningen och kan behöva fortsatt medicinsk tillsyn och hjälp med anpassning till arbete och miljö i övrigt.

I planen anföres att "genom att statens arbetsklirik kommer att lokalt anknytas till CRM, kommer tillhörande rubricerade kategorier att därstädes erhålla sin socialmedicinska utredning. Därest en socialmedicinsk institution lokalmässigt anslutes till CRM, är det emellertid önskvärt, att denna förses med viss öppen mottagning för omhändertagande av en del av detta klientel".

Översikt över CRM:s uppbyggnad

I. Medicinsk rehabilitering

1. Reception, administration, undersökning	1 255 m ²
därav	
Reception	
Administration	
Medicinsk undersökning-konsultation	
Sektion för psykiater och psykologer	
2. Ambulatorisk rehabiliteringscentral med daghotell	545 m ²
3. Fysioterapi — Arbetsterapi	3 610 m ²
därav	
Rörelseterapi, massage	
Termo-hydro-elektroterapi	
Sysselsättnings- och funktionell arbetsterapi	
Övningar för den dagliga livsföringen	
Verkstad och utprovning av hjälpmedel	
Rekreation, studieverksamhet, underhållning	
4. Fysiologisk funktionsprövning (respiratorisk-cirkulatorisk rehabilitering)	375 m ²
5. Ortopedisk rehabilitering, konstruktion och utprovning av bandage, proteser och andra tekniska hjälpmedel	1 500 m ²
6. Social rehabilitering, kuratorer, arbetsvård	255 m ²
7. Klinik för allmän rehabilitering	ca 50 vårdplatser
8. Klinik för neurologisk långtidsrehabilitering, paraplegicentrum	ca 50 vårdplatser
9. Eftervårds- och långtidsklinik	ca 100 vårdplatser

Beträffande *psykiatrisk och psykologisk rehabilitering* hänvisas till den psykiatriska klinikens resurser, varvid särskilda läkare och psykologer inom denna avdelats till en sektion för bedömning och behandling av framför allt sådana fall, som ej är ineliggande vid eller remitteras från psykiatriska kliniken.

I fråga om patienterna vid psykiatriska kliniken och psykiatriska ambulatoriet förutsättes utnyttjande av CRM:s resurser för sjukgymnastik, fysikalisk terapi, arbetsterapi m. m.

I samband med redogörelsen för *kuratorsverksamhetens uppläggning* framhålles att mottagningsrum för representanter från olika sociala institutioner utanför sjukhuset, som t. ex. sjukkassa, pensionsdelegationer etc., lämpligen kan förläggas inom den sociala sektionen i nära anslutning till kuratorernas och arbetsvårdstjänstemännens expeditioner.

En fast *anknytning av arbetsvårdstjänstemän vid sjukhuset och speciellt vid CRM* är nödvändig för en höjning av samtliga klinikers rehabiliteringspotential. Genom ett intimt samarbete mellan sjukvård och arbetsvård kan man bidra till att rehabiliteringen från patientens sida upplevs som en kontinuerlig process.

Frågor rörande yrkesmässig rehabilitering av patienter, som anses aktuella för arbetsvårdande åtgärder, behandlas vid konferenser inom CRM.

För utredning av vissa arbetshämmade, mer eller mindre arbetsnegativa personer bör anlita av socialmedicinsk expertis komma ifråga.

II. *Karolinska institutets institution för undervisning och forskning inom rehabiliteringsmedicin*

(ca 900 m²)

III. *Fysioterapeutinstitutet*

(ca 1 770 m²)

IV. *Kvalificerad arbetsprövning — statens arbetsklinik*

(ca 2 000 m²)

De ovan angivna olika avdelningarna inom CRM skall samarbeta intimt med varandra. Det förutsättes att lokaler för fysioterapi, arbetsterapi, klinisk-fysiologisk undersökning, forskning och undervisning samt verkstäder kan utnyttjas gemensamt av de olika avdelningarna inom CRM och enheten för kvalificerad arbetsprövning.

Chef för institutionen föreslås bli *professor i medicinsk rehabilitering, tillika överläkare för kliniken för allmän rehabilitering.*

Chef för ambulatorisk rehabiliteringscentral: biträdande överläkare.

Chef för klinik för neurologisk långtidsrehabilitering: överläkare, som även övervakar och leder rehabiliteringen på neurologiska kliniken.

Chef för eftervårds- och långtidsklinik: överläkare.

Chef för fysioterapeutinstitutet: rektor.

Chef för kvalificerad arbetsprövning: överläkare.

Till prefekt för handhavande av vissa gemensamma angelägenheter i fråga om lokaler, apparatur eller personal bör utses en av överläkarna vid förenämnda kliniker.

Det föreslås att en intendent anställs vid CRM. Denne avses vara underställd sjukhusets centrala administration men ålägges arbetsuppgifter genom CRM:s ledning.

Tidsplan och kostnader för CRM

Generalplanedelegationen framhåller att en framtida utbyggnad av rehabiliteringsverksamheten vid Karolinska sjukhuset är angelägen. Ett realiserande av det förslag till utbyggnad av ett rehabiliteringscentrum vid sjukhuset, som framlagts av delegationen, kommer att kräva stora investeringar och lång tid. Å andra sidan är det angeläget att åtgärder snarast vidtages i syfte att förbättra rehabiliteringsresurserna vid sjukhuset. Såvitt nu kan bedömas kommer f. n. till Norrbackainstitutet förlagd verksamhet att under 1970-talet bortflyttas från Norrbackaområdet. I samband därmed bör enligt delegationen Norrbackainstitutets byggnader interimistiskt ianspråktagas för de i ett blivande rehabiliteringscentrum ingående verksamhetsgrenar, som lämpligen kan förläggas dit.

Inrymmandet i Norrbackainstitutet av lokaler för en eftervårdsklinik, statens arbetsklinik och fysioterapeutinstitutet tilldrar sig här särskilt intresse. Större investeringar i institutets byggnader bör emellertid undvikas med sikte på att institutet i den takt, som ur investeringssynpunkt kan komma i fråga, skall ersättas av nybebyggelse. En projektering framdeles torde få utvisa hur institutet lämpligen övergångsvis bör användas.

Till sjukhusområdets sydöstra del har helt schematiskt förlagts den byggnadsvolym, som enligt lokalprogrammet krävs för CRM. Plats för institutionens utomhusanläggningar finns också angiven. Det konstateras att en stor del av anläggningen kan uppföras samtidigt med att Norrbackainstitutet står kvar för att provisoriskt hysa en begynnande rehabiliteringsverksamhet. Däremot torde det bli nödvändigt att riva Eugeniahemmets byggnader, innan CRM kan komma till utförande.

Byggnadskostnaderna för CRM beräknas i planen komma att uppgå till 50 miljoner kronor, varav för parkeringsplatser 5 miljoner kronor.

1963 års plan för medicinsk rehabilitering i Göteborg

I Göteborgsutredningen ägnas särskild uppmärksamhet åt rehabiliteringsverksamhet *huvudsakligen för somatiskt sjuka i arbetsför ålder*, avsedd att förläggas till det planerade Östra sjukhuset, vilket vid slutlig utbyggnad beräknas omfatta ca 2 000 platser.

Som bakgrund till planen lämnas vissa uppgifter rörande dels utländska, dels svenska beräkningar av rehabiliteringsbehovet. Utredaren har vid en egen analys av s. k. 90-dagarsfall i Älvsborgs län kommit fram till ett årligt rehabiliteringsbehov, som — omräknat för Göteborgs befolkningstal — skulle

omfatta minst 2 000 nya fall årligen. Med utgångspunkt från denna siffra och en medelvårdtid på två månader kommer utredaren till ett behov av 336 behandlingsplatser, varav 112 platser i slutet och 224 platser i öppen vård. Det framhålls att den angivna behandlingstiden är kort och gäller under förutsättning att medicinsk och yrkesmässig rehabilitering samordnas.

Utöver konsultverksamhet i flertalet specialiteter föreslår utredaren en viss "under-specialisering" inom rehabiliteringskliniken i form av

1. *allmän avdelning*. Väsentligen invärtesmedicinska fall, t. ex. hjärtsjuka, reumatiker, lungsjuka etc.,

2. *ortopedisk avdelning*. Största gruppen är de ryggsjuka, men även amputerade m. fl. behandlas,

3. *neurologisk avdelning*. Inom denna avdelning skall samtliga patienter med förlamningar, muskelsjukdomar och liknande behandlas.

Varje avdelning bör tilldelas egna utrymmen. Vad gäller behandlingsavdelningar m. m. torde emellertid vissa utrymmen kunna vara gemensamma. Kliniken bör erhålla en enhetlig medicinsk administration.

I övrigt framhålls i utredningen bl. a. följande: Ett *välutrustat arbetsfysiologiskt laboratorium* är ett oundgängligt villkor för att behandling och bedömning skall kunna utföras på ett kvalitativt tillfredsställande sätt inom kliniken. Laboratoriet föreslås förlagt i nära anslutning till avdelningen men bör administrativt underställas det kliniskt fysiologiska centrallaboratoriet på Östra sjukhuset.

Vidare är *psykologiska anlagstest och psykotekniska prov* (arbetspsykologi) av stor betydelse.

Socialmedicin är i och för sig ett stort ämne med en betydande undervisningsbörda inom flera områden och med skiftande forskningsuppgifter. *Medicinsk rehabilitering innefattar, utöver den socialmedicinska sidan, bl. a. de betydelsefulla behandlings- och provningsavsnitten samt en specialinriktad klinisk verksamhet*. Det ena ämnet kan därför ej underordnas det andra, vilket dessutom är olämpligt på grund av vartderas stora omfattning.

Detta betyder dock icke att en samordning ej är önskvärd. Rehabiliteringsinstitutionerna behöver ofta konsultera socialmedicinsk expertis. Detta gäller särskilt en mindre grupp med svårare psykiska arbetshinder, där den sociala situationen är komplicerad. I detta sammanhang bör dessutom särskilt nämnas *vissa kategorier av socialt missanpassade, vilka icke avses bli behandlade på rehabiliteringskliniken*. Beträffande dessa fall är avsikten, att rehabiliteringskliniken skulle kunna bidra med medicinska synpunkter på den allmänna uppläggnings- och verksamheten, men här är socialmedicinsk och socialpsykiatrisk expertis högeligen önskvärd.

Beträffande *forsknings- och undervisningsverksamhet* synes också ett nära samarbete behöva äga rum. Undervisning i medicinsk rehabilitering för medicine kandidater bör ges i anslutning till kursen i socialmedicin. Därest

sjukgymnast- och arbetsterapeutundervisning kommer till stånd, finnes för eleverna inom dessa skolor ett betydande undervisningsbehov, som behöver täckas av särskild lärare i socialmedicin. Också av denna anledning synes det vara en fördel, om den socialmedicinska institutionen kunde förläggas i närheten av rehabiliteringsinstitutionerna inom Östra sjukhuset.

Genom riksdagsbeslut har en *professur i medicinsk rehabilitering* från 1 juli 1965 inrättats vid Göteborgs universitet. Hur en anknnytning skall ske utredes för närvarande av medicinska fakulteten.

I en sammanfattning av utredningen lämnas ett specificerat lokalprogram för *första etappen* i utbyggnaden enligt följande sammanställning:

Avdelningar	Nettoyta m ²	
Mottagningsavdelning	2 112	
Vårdavdelningar	2 432	
Dagavdelningar	2 592	
Sjukgymnastikavdelningar	2 114	
Arbetsterapiavdelningar	2 129	
Badavdelning (med två bassänger)	1 120	
Psykologlaboratorium	190	
Teknisk avdelning	225	
Övriga utrymmen	720	
	13 634	
Reserv	266	13 900
Arbetsklirik		1 100
Arbetsträningsinstitut (rumsprogram är ej utarbetat)		1 500
Arbetsfysiologi		600
Undervisning av olika elevgrupper samt expeditionslokaler för externa tjänstemän		350
		Summa 17 450
Därtill kan komma:		
Sjukgymnast- och arbetsterapeutskola 1 715 + 870 m ²		2 585
Forskningslokaler		600
		Totalt 20 635

Den *andra etappen* avser en särskild avdelning på Östra sjukhusets arbetsklirik för arbetsdiagnostiska undersökningar, eventuellt också utbyggnad av arbetsträningsinstitutet.

I tredje etappen utbygges organisationen att motsvara då närmare konstaterat behov, och detta bör ej ske på Östra sjukhuset utan på nya sjukhus.

I utredningen har för första etappen uppgjorts en *personalplan*, som slutar på 254 anställda för en lönekostnad av minst 5 miljoner kronor per år. Häri ingår 23 läkare, 9 kuratorer, 8 psykologer, 33 sjukgymnaster, 6 gymnastikassistenter, 25 arbetsterapeuter, 7 terapiassistenter, 12 arbetsinstruktörer, 27 sjuksköterskor, 24 kontors- och kanslibiträden, 63 sjukvårdsbiträden och undersköterskor m. fl., 1 badmästare, 1 civilingenjör, 3 instrumentmakare, 1 förman, 1 kameral chef (intendent) samt 10 ej specificerade befattningshavare vid arbetsträningsinstitutet. Driftutgifter utöver personalkostnader uppskattas till mellan en och två miljoner kronor per år exklusive avskrivning och andra kapitalkostnader.

I den förut nämnda sammanfattningen av utredningen hänvisas till vissa synpunkter på relationerna mellan den medicinska och yrkesmässiga rehabiliteringen. Härom konstateras att ett flertal lösningar av samarbetsfrågan mellan dessa former finns. Att anknyta rehabiliteringsinstitutionerna till sjukhuset synes vara rationellt, eftersom många av patienterna rekryteras därifrån. Rehabiliteringen bör insättas från början. Övervägande skäl talar för att arbetsdiagnostik (arbetsprövning) och arbetsträning förläggas i nära anslutning till rehabiliteringskliniken. Klinikens läkare och kuratorer bör utnyttjas inom arbetsträningsinstitutet. Arbetsvårdstjänstemän bör knytas till rehabiliteringskliniken, arbetskliniken och arbetsträningsinstitutet. Det är också angeläget med en ökad medicinsk insyn i den skyddade verksamheten bl. a. för omplacering eller utskrivning. Den skyddade verksamheten bör differentieras och ordnas på ett optimalt sätt, så att man verkligen maximalt utnyttjar den handikappade arbetskraften.

I utredningen konstateras att statsbidrag för närvarande utgår till arbetsprövning, t. ex. inom en arbetsklirik, till arbetsträning och skyddad sysselsättning, men icke till medicinska rehabiliteringskliniker, samt framhålls den samhällsekonomiska betydelsen av att rehabiliteringsverksamheten stimuleras genom bidrag från försäkringskassorna. Patienterna bör enligt utredaren icke erlägga någon avgift och hela behandlingsavgiften borde återbäras av försäkringskassorna. Även de kostsamma transporterna borde ersättas på den vägen. Ett par sjukgymnastiska och ett par arbetsterapeutiska behandlingar per dag och patient borde ersättas.

I planen för rehabiliteringsorganisationen vid Östra sjukhuset förutsättes att för vissa grupper måste finnas rehabiliteringsresurser i olika former på andra håll inom de sjukvårdande organen. Bl. a. bör finnas några mindre enheter för sjukgymnastik och arbetsterapi i anslutning till de största klinikblocken inom sjukhuset för patienter, som primärläkaren själv ansvarar för och icke remitterar till rehabiliteringskliniken. Motivet härför är närmast

transporttekniskt. Mera komplicerade fysikaliska behandlingar kan ges på rehabiliteringskliniken.

För långtidsvårdade i åldern över 67 år anses rehabiliteringsresurserna böra förläggas inom långtidsvårdssjukhuset och skötas av dess läkare. Aktiva långtidsvårdsavdelningar bör finnas med resurser för arbetsterapi och sjukgymnastik. Dessutom föreslås decentraliserad vård med geriatrisk rehabilitering, knuten till distriktscentraler för rörelseterapi, där en sjukgymnast och en arbetsterapeut kan ge behandling åt patienter, som från sina hem besöker distriktscentralen. Personalen skall också kunna göra hembesök. På sjukhus påbörjad behandling kan fullföljas i distriktscentral för öppen vård, där enklare uppgifter, t. ex. ADL-träning, kan ske. Till distriktscentral kan överflyttas de patienter i skyddade verkstäder, som har låg produktivitet för att där sysselsättas i enkla former av handslöjd, sorterings- och pakeringsarbete o. dyl. Omkring 20 platser skulle vara lämpligt, varvid det behövs 10-talet centraler i staden om vardera ca 300 m² nettoyta. Samarbete med hemsjukvårdens organisation bör härvid ske.

Såväl vid Sahlgrenska sjukhuset som vid mentalsjukhusen och vissa andra institutioner förutsättes behov föreligga av vissa egna rehabiliteringsresurser.

Tidsplan och kostnader

Stadsfullmäktige i Göteborg har i september 1964 beslutat att som underlag för fortsatt planering i princip godkänna till fullmäktige redovisade handlingar om Östra sjukhusets innehåll och godkänt projektering i viss tidsordning, vilken innebär att rehabiliteringskliniken skulle uppföras under tiden 1968—1970. En rehabiliteringsorganisation av ovan angivna omfattning har beräknats draga en byggnads- och utrustningskostnad av minst 35 miljoner kronor.

Generalplanen för Enskededalens sjukhus

I generalplanen har de olika specialiteter, som skall vara representerade vid sjukhuset, beräknats få ett sammanlagt platsantal av närmare 1 500, vilka fördelats på ett kirurgiskt, ett medicinskt och ett psykiatriskt block samt ett block — *det socialmedicinska blocket* — omfattande rehabiliteringsklinik och socialmedicinsk avdelning. Resurserna inom sistnämnda block är avsedda för ett upptagningsområde med 250 000 invånare.

I planen anges att rehabiliteringsverksamheten har till uppgift att, med utnyttjande av medicinska och tekniska metoder, medverka till den fysiska, psykiska, sociala och arbetsmässiga återanpassningen av sjuka och handikappade personer.

Detta innebär bl. a. uppträning av funktions- och arbetsförmågan genom

fysioterapi, psykoterapi, arbetsterapi och arbetsträning samt en helhetsbedömning av denna förmåga i förhållande till de krav, som det dagliga livet och de för vederbörande aktuella arbetsuppgifterna ställer på patienten (arbetsdiagnostik). Härvid kan ingående sociala utredningar bli erforderliga och ge anledning till miljösanerande åtgärder. Ett nära samarbete är därför erforderligt mellan sjukhusets rehabiliteringsklinik och socialmedicinska avdelning, vilka — som förut nämnts — båda skall ingå i samma organisatoriska block.

Rehabiliteringskliniken skall, utöver vårdavdelning med 40 platser jämte expeditions- och mottagningsavdelningar, omfatta resurser för arbetsdiagnostik (arbetsprövning) och uppträning samt väl utbyggda fysioterapi- och arbetsterapienheter. Dessa enheter utgör ett rehabiliteringscentrum inom sjukhuset och skall utnyttjas för såväl den somatiska som psykiatriska vårdens behov. Vissa former av arbetsterapi, vilka icke kräver större eller dyrbarare utrustning, skall dock bedrivas inom de psykiatriska klinikernas vårdavdelningar i därför anordnade lokaler.

En *arbetsträningsavdelning* kommer att inrättas och organisatoriskt anknyttas till sjukhuset. Slutlig ställning till arbetsträningens omfattning har icke tagits. Avdelningen bör förläggas fristående från sjukhuset i övrigt och ha goda förbindelser till såväl sjukhuset som de trafikleder som ansluter till sjukhusområdet. En betydande del av klientelet bedöms komma från de psykiatriska klinikerna.

Beträffande rehabiliteringsverksamhetens omfattning bör slutligen framhållas, att utöver de fall som remitteras från sjukhusets egna kliniker torde ett stort antal patienter kunna förväntas från läkare i såväl sjukhusansluten som annan öppen vård samt från socialvårdens, arbetsvårdens och de allmänna försäkringskassornas organ inom upptagningsområdet.

I den *socialmedicinska avdelningens arbetsuppgifter* ingår att i samarbete med rehabiliteringskliniken och sjukhusets övriga kliniker medverka för underlättandet av patienternas återgång till samhällslivet. Härutöver skall avdelningen ombesörja utredningar rörande faktorer av betydelse för olika sjukdomars uppkomst, medverka i skyddet av patienternas sociala integritet och delta i planeringen av förebyggande åtgärder av olika slag, bl. a. inom hälsokontrollen. Den socialmedicinska avdelningen skall dessutom biträda vid samordningen av sjukhusets egen verksamhet och övriga vårdresurser inom upptagningsområdet samt vid organiserandet av en effektiv hemsjukvård, efterkontroll m. m.

Vid den socialmedicinska avdelningen har icke några vårdplatser ansetts erforderliga, då arbetsuppgifterna — utöver samordnings- och organisationsfrågorna — i princip endast omfattar viss öppen vård samt konsultationsverksamhet inom sjukhuset.

Då i Sverige någon socialmedicinsk avdelning med här angivna uppgifter

ännu icke trätt i funktion, är verksamhetsformen hittills oprövad. Det är därför tills vidare icke möjligt att närmare precisera den blivande omfattningen. En snabb expansion synes dock sannolik. Vid utformningen av organisation och lokaler föreligger följaktligen stora krav på flexibilitet.

De speciella förhållanden, som kommer att råda vid Enskededalens sjukhus bl. a. på grund av förekomsten av psykiatriska kliniker för såväl vuxna som barn och ungdom, en omfattande rehabiliteringsverksamhet samt inrättandet av en socialmedicinsk avdelning, anges som motiv för en väl utbyggd *kuratorsorganisation*. Kuratorerna skall vara verksamma i såväl den öppna som slutna vården och även deltaga i jourtjänsten. Byggnadskommittén har ännu icke tagit ställning till omfattningen av denna organisation.

Bland de laboratorier, som väntas bli särskilt engagerade i rehabiliteringsverksamheten, kan nämnas de *fysiologiska och psykologiska laboratorierna*.

Planerade utrymmen för rehabiliteringsorganisationen:

Rehabiliteringsklinik

Rehabiliteringsklinikens 40 vårdplatser kan inrymmas i en halv normalvårdsavdelning, varvid väl tilltagna utrymmen för bårar och rullstolar erfordras.

Vårdavdelning

2 vårdgrupper à 20 vårdplatser	780 m ²	
Gemensamma lokaler	120 „	900 m ²
Mottagningsavdelning		480 „
Expeditionsavdelning		310 „

Rehabiliteringscentrum

Fysioterapiavdelning	3 820 „	
Arbetsterapiavdelning	2 290 „	
Speciallokaler	130 „	
Övriga lokaler	220 „	6 460 „
		8 150 „

Arbetsträningsavdelning

Arbetsträningsavdelningen skall fungera som serviceorgan för såväl de psykiatriska klinikerna som för rehabiliteringskliniken och övriga somatiska kliniker.

Planeringsavdelning	140 m ²
Kontorsträningslokaler	60 „
Industrihall	1 560 „
Gemensamma lokaler	190 „
	1 950 „

Socialmedicinsk avdelning

Den socialmedicinska avdelningen har inga egna vårdplatser. Mottagnings- och expeditionsavdelningen avses förläggas i anslutning till mottagningsavdelningarna för öppen vård.

Mottagnings- och expeditionsavdelning	320 m ²
Hemsjukvårdsavdelning	160 „
Kuratorsavdelning	140 „
	<hr/>
	620 „

Psykologiskt laboratorium

Det psykologiska laboratoriet skall såsom centrallaboratorium betjäna samtliga kliniker. Den psykiatriska kliniken för barn och ungdom och rehabiliteringskliniken har emellertid tillförts egna lokaler för denna verksamhet.

Expeditionslokaler	180 m ²
Laboratorielokaler	260 „
Gruppterapi- och observationslokaler	160 „
Övriga lokaler	60 „
	<hr/>
	660 „

Fysiologiskt laboratorium

Vid planeringen av det fysiologiska laboratoriet har förutsatts att detta skall betjäna såväl sjukhuset som läkarcentralerna inom upptagningsområdet.

Mottagnings- och expeditionslokaler	480 m ²
Laboratorielokaler	860 „
Övriga lokaler	330 „
	<hr/>
	1 670 „

Tidsplan och kostnader

Sjukhusets huvudkomplex, vari vårdavdelningar — bl. a. för rehabiliteringskliniken — samt mottagningsbyggnad, medicinska serviceenheter, laboratorier och vissa allmänna serviceenheter skall ingå, avses uppföras på sådant sätt, att sjukhuset successivt kan tagas i bruk år 1970. De lokaler, som skall inrymma rehabiliteringscentrum, arbetsträningsavdelning och fritidsutrymmen beräknas vara uppförda 1973.

Med de förutsättningar och reservationer, som finnes upptagna i generalplanen för Enskededalens sjukhus, har i nedanstående tabell upptagits de uppskattade byggnadskostnaderna för lokaler till rehabiliteringsverksamhet i vidare mening.

Lokal	Vårdplatser	Nettoyta m ²	Byggnads- kostn. Mkr
Rehabiliteringsklinik	40	8 150	18,5
Socialmedicinsk avdelning	—	620	1,5
Arbetssträningsavdelning	—	1 950	4,5
Summa miljoner kronor			24,5

I ovanstående kostnader ingår icke kostnader för yttre arbeten eller utrustning.

Generalplanen för länslasarettet i Sundsvall m. m.

Kliniken för fysikalisk medicin och rehabilitering vid lasarettet i Sundsvall är avsedd att betjäna lasarettets samtliga kliniker samt vissa patienter i öppen vård med fysisk och psykisk uppträning av patienterna och vid behov även med arbetsprovning.

Arbetsprovningen inriktas på frågan, huruvida patienten kan återgå till sitt ursprungliga arbete. Om så icke är fallet sker en helhetsbedömning av patientens arbetsförmåga ur fysiska, psykiska, sociala och yrkestekniska synpunkter.

Under medverkan av arbetsvården, vilken bör vara representerad i rehabiliteringsgruppen på lasarettet, rehabiliteras patienten till bästa möjliga situation i samhället.

En ömsesidig kontakt mellan lasarettet å ena sidan samt arbetssträningsinstitution, skyddade verkstäder samt industrier å andra sidan ordnas. Genom denna kontakt och efter direkta arbetsanalyser blir det möjligt att få arbetskraven på den aktuella arbetsmarknaden registrerade och jämförda med patientens redovisade arbetsförmåga.

Kliniken omfattar en avdelning för fysikalisk medicin och en för bestämning av arbetsförmåga och yrkestestning samt 48 vårdplatser (vartill kommer ett antal platser inom särskilt patienthotell).

Avdelningen för fysikalisk medicin svarar för rörelseterapi — funktionsprovning — samt termo- och hydroterapi.

Avdelningen för bestämning av arbetsförmåga och yrkestestning omfattar en undersöknings- och planeringsavdelning och en yrkestestningsavdelning, där kontakten med den regionala arbetsvården etableras.

Läkarstaben dimensioneras enligt följande:

- 1 rehabiliteringsläkare
- 2 underläkare
- 1 konsulterande psykiater

Antalet sjukgymnaster för fysikalisk medicin föreslås till 21, enligt följande:

medicin	3 sjukgymn., motsv. 1 på 50 vårdpl.
kirurgi	3 „ „ 1 „ 50 „
ben- och ledkirurgi	8 „ „ 1 „ 14 „
gynekologi och obstetrik	2 „ „ 1 „ 50 „
barnmedicin	1 „ „ 1 ca 50 „

För ambulatorisk behandling av ben- och ledkirurgipatienter tillkommer två sjukgymnaster och för övriga två.

Personalstaben för bestämning av arbetsförmåga och yrkestestning inkluderar

- 1 psykiater
- 1 psykolog
- 2 yrkestestare
- 1 skolkökslärarinna, utbildad för undervisning i invalidkök
- 2 kuratorer
- yrkeslärare

Lokalprogram

I. Expeditioner, undersökning, m. m.	420 m ²
II. Rörelseterapi	755 „
III. Rörelseterapi i bassängbad m. m.	535 „
IV. Arbetsterapi och yrkestestning (bestämning av arbetsförmåga m. m.)	665 „
	<hr/> 2 375 m ²

Härtill kommer utrymme för 48 vårdplatser.

Den återgivna generalplanen för kliniken för fysikalisk medicin och rehabilitering bör ses i sitt sammanhang med det *program för arbetstränings-, arbetsprövnings- och skyddade verkstäder i Sundsvall*, som i vissa delar refereras i det följande.

I detta program anges att arbetsmarknadsstyrelsens rekommendation vad beträffar storleksordningen av skyddad verksamhet är 2 ‰ av befolkningsunderlaget. Här föreslås en storlek av denna verksamhet till ca 50 platser.

Av driftstekniska skäl bör arbetsträning och skyddad verksamhet ledas av samma föreståndare och får då gemensam administration. Den skyddade verkstaden bör skiljas från övriga avdelningar vad beträffar omklädningsutrymmen.

Avdelningar med olika verksamhet bör fungera som små egna enheter. Varje avdelning bör ha tillgång till vilorum. Små enheter vad beträffar om-

klädnad och toaletter (högst 20 platser vid varje enhet) bör dock ej förläggas avdelningsvis, då större variationsmöjligheter beträffande könsfördelning finnes vid central placering av dessa utrymmen.

Omklädnad bör ha låsbara skåp.

Toaletter bör utrustas för rullstolsbundet klientel.

Använda grundvärden

<i>Arbetsträning:</i>	snickeriavdelning med ytbehandling	10 platser
	mekanisk avdelning med svets och smide	15 „
	elektromekanisk avdelning med svets	10 „
	monteringsavdelning	20 „
	enklare kontorsgöromål och vissa kvinnligt betonade arbeten	10 „
		<hr/> 65 platser
<i>Arbetsprövning:</i>		10 platser
<i>Skyddad verksamhet:</i>	mekanisk avdelning med svets och smide	15 platser
	övriga avdelningar (montering)	35 „
		<hr/> 50 platser
Hela anläggningen totalt		125 platser

Förslag till lokalprogram

<i>Administration</i>		300 m ²
<i>Ekonomi</i> (matsal, köksutrymmen m. m.)		240 „
<i>Arbetsprövning</i> (inklusive fysiologiskt laboratorium och gymnastikrum)		320 „
<i>Skyddad verksamhet</i>		
Mekanisk avdelning med svets och smide		293 „
Övriga avdelningar (montering)		276 „
Gemensamt		125 „
<i>Arbetsträning</i>		
Snickeriavdelning med ytbehandling		320 „
Mekanisk avdelning med svets och smide		295 „
Elektromekanisk avdelning med svets		180 „
Monteringsavdelning		193 „
Enklare kontorsgöromål		30 „
Vissa kvinnligt betonade arbeten		80 „
<i>Hemarbetscentral ev.</i>		40 „
<i>Gemensamt arbetsträning och arbetsprövning</i>		125 „

Gemensamt för hela anläggningen

Städutrymmen, reservutrymmen, kommunikationsutrymmen	900 „
Anläggningens totalyta ca	3 900 m ²

Tidsplan och kostnader

Sundsvalls lasarett och rehabiliteringsverkstäderna för arbetsträning m. m. kommer att förläggas intill varandra, varvid emellertid lasarettet beräknas kunna tagas i bruk först 1973 och verkstadslokalerna redan 1966—1967. Då lasarettet färdigställts torde åtskilliga av dess resurser, bl. a. dess klinisk-fysiologiska laboratorium, komma att förläggas så att de lätt kan utnyttjas för rehabiliteringsklinikens behov. De psykologiska laboratorieresurserna kommer att ingå i själva kliniken. Då verkstadslokalerna kommer att färdigställas flera år före lasarettet, torde däri inrymda begränsade resurser för arbetsfysiologiska undersökningar vara av värde främst under övergångstiden, tills lasarettet trätt i funktion.

Kostnaderna för rehabiliteringskliniken vid lasarettet, exklusive utrustning, beräknas komma att uppgå till ca 6,3 miljoner kronor, därav 4,3 miljoner för kliniken och 2 miljoner för klinikens vårdplatser. Härtill kommer kostnaderna för verkstadslokalerna, vilka uppskattas till ca 4,5 miljoner kronor.

Några kommentarer till de återgivna planerna

De i det föregående återgivna planerna för rehabiliteringsorganisationen vid och i anslutning till sjukhus har ännu inte hunnit närmare behandlas av de instanser, som har att träffa det slutliga avgörandet om deras förverkligande. Av den lämnade redogörelsen torde emellertid — trots dess ofullständighet — framgå, hur man på skilda håll på olika sätt sökt lösa en rad betydelsefulla princip- och samordningsfrågor. En jämförelse med de först inrättade rehabiliteringsklinikerna i vårt land och den verksamhet som bedrivs där ger vid handen att man i de nya planerna räknar med att avsevärt fler grupper av sjuka och handikappade än tidigare skall kunna mottagas inom den lasarettanslutna rehabiliteringsorganisationen och att betydligt mer mångfacetterade rehabiliteringsbehov skall kunna tillgodoses inom denna.

Mot bakgrund härav har också socialmedicinens integration i rehabiliteringsverksamheten starkt aktualiserats. I tre av planerna har sålunda upp-tagits en socialmedicinsk institution eller avdelning, vars arbetsuppgifter och ställning till rehabiliteringsorganisationen i övrigt dock utformats något olika i de skilda planerna. Arbetsprövningen och för denna erforderliga resurser har behandlats i samtliga planer, men dess organisationsformer och anknytning till rehabiliteringsresurserna i övrigt uppvisar vissa variationer.

CRB, som inom kort har att avgiva utlåtande över generalplanen för Karolinska sjukhusets utbyggande, saknar anledning att här gå in på en närmare detaljgranskning av de återgivna planerna. Självklart är att i första hand Karolinska sjukhuset men även Östra sjukhuset i Göteborg — bl. a. med hänsyn till sina speciella uppgifter inom rehabiliteringsforskningen och undervisningen av rehabiliteringspersonal — måste ha väsentligt mera omfattande resurser än de andra sjukhusen.

När det gäller rehabiliteringsorganisationen vid centrallasarett synes den för Enskededalens sjukhus uppgjorda planen vara av speciellt intresse genom att där till ett gemensamt block sammanförts en rehabiliteringsklinik och en socialmedicinsk avdelning, vilka kan samarbeta vid rehabiliteringen av olika fall eller fördela fallen sinsemellan allt efter rehabiliteringsbehovens art. Sjukhuset förutsättes förfoga över även i övrigt erforderliga resurser för arbetsprövning — i planen kallad arbetsdiagnostik — och arbetsträning samt nära samarbeta med en rad olika sociala och medicinska organ ute på fältet, bl. a. även företagshälsovården. Såvitt CRB kunnat finna erbjuder denna planering stora fördelar från samordningssynpunkt, då rehabiliteringen till stor del kan ske inom en och samma organisation utan administrativ splittring och då tillgång förutsättes finnas till sakkunskap av så differentierat slag att verksamheten kan omfatta patienter med vitt skilda diagnoser och skiftande behov av rehabiliteringsåtgärder. Planen synes bl. a. ge goda möjligheter till ett rationellt utnyttjande av resurserna genom en ändamålsenlig samordning av rehabiliteringsverksamheten för somatiskt och psykiskt sjuka och handikappade, vilken ligger helt i linje med de allmänna strävandena att motverka den traditionella splittringen mellan somatisk vård och mentalsjukvård.

Planeringen av rehabiliteringsinstitutionerna vid och intill Sundsvalls lasarett innebär att under en övergångstid, tills lasarettet och dess rehabiliteringsklinik utbyggs, viss arbetsprövning ändock kan anordnas utan att detta lägger hinder i vägen för en mera ändamålsenlig fördelning av rehabiliteringsuppgifterna på längre sikt.

Sammanfattningsvis hälsar CRB med stor tillfredsställelse att man vid nu aktuell planering av rehabiliteringsorganisationen vid sjukhus räknar med socialmedicinska insatser och arbetsprövning som väsentliga inslag i verksamheten såsom skett i de här återgivna planerna. Med hänsyn till de stora investeringar, som en rationell rehabiliteringsorganisation kräver, anser CRB det viktigt att inga större samordningsfrågor, som kan påverka organisationens utformning, står olösta. Detta är ett av huvudskälen till att CRB i kapitel 7 hemställt om statsmakternas fastställande av de riktlinjer för den allmänna rehabiliteringsorganisationen, som där föreslås.

Något om läget ur socialförsäkringssynpunkt

I sin PM den 11 december 1962 med riktlinjer för den allmänna rehabiliteringsorganisationen har CRB konstaterat att — som framhållits särskilt i samband med den 1962 beslutade socialförsäkringsreformen — effektiva rehabiliteringsformer utgör det kanske viktigaste botemedlet mot en ökad belastning på såväl sjukförsäkringen som förtidspensioneringen.

Beträffande samordningen på länsplanet har CRB framhållit att i första hand sjukvårdsorganens, länsarbetsnämndernas och försäkringskassornas verksamhet måste bedrivas i nära samarbete. I fråga om försäkringskassornas uppgifter har särskilt erinrats om bestämmelserna i 4 kap. 2 § lagen om allmän försäkring, enligt vilka det under vissa förutsättningar åligger kassan att undersöka huruvida skäl föreligger att rehabiliteringsåtgärder vidtagas samt att, om sådan åtgärd befinner sig erforderlig, tillse att den kommer till stånd. Vidare har beredningen åberopat att departementschefen i proposition 1962: 90 med förslag till lag om allmän försäkring m. m. vad gäller pensionsdelegationernas befattning med ärenden rörande förtidspension erinrat om att rehabiliteringen ingår som ett naturligt och betydelsefullt led i själva invaliditetsbedömningen samt att rätt till förtidspension enligt socialförsäkringskommitténs mening inte bör föreligga förrän man i rehabiliteringshänseende gjort vad som rimligen kan komma ifråga i det enskilda fallet.

CRB har vidare berört de nu existerande samarbetsformerna mellan organen på länsplanet samt ansett möjlighet föreligga att närmare bedöma i vad mån ytterligare åtgärder för effektivisering av detta samarbete bör komma till stånd först sedan de nya försäkringsorganen under någon tid bedrivit sin verksamhet.

I remissyttrandena över promemorian har från flera håll framhållits önskvärdheten av att försäkringskassorna får spela en mycket betydelsefull roll i det samarbete i rehabiliteringsfrågor, som måste ske på länsplanet bl. a. mellan kassorna samt landsting och storstäder som huvudmän för den lokala rehabiliteringsverksamheten.

Från riksförsäkringsverkets sida har särskilt framhållits att arbetsprövningen är ett utomordentligt viktigt led i samband med invaliditetsbedömningen. Samtidigt som verket med tillfredsställelse hälsat den ökning av resurserna, som skulle komma till stånd genom att kvalificerad sådan prövning blir en uppgift för rehabiliteringsklinikerna, har verket även under-

strukit nödvändigheten av att i dagens läge skapas resurser för sådan prövning i annan ordning. Som en utväg härför nämnes arbetsprövning vid arbetsträningsinstituterna som ett mer eller mindre provisoriskt arrangemang. Vidare har framhållits de resurser som skapats vid verkets eget sjukhus i Tranås och även de som — efter tillstyrkande av CRB — vid tidpunkten för RFV:s yttrande var under utbyggande vid verkets sjukhus i Nynäshamn, där man avsåg att i anslutning till den medicinska rehabiliteringen inrätta en läkarledd avdelning för kvalificerad arbetsprövning och arbetsträning.

Med hänsyn till den roll de allmänna försäkringskassorna avsetts komma att spela på rehabiliteringsområdet har under den senaste tiden olika försök gjorts att på basis av kassornas material belysa rehabiliteringsklienteletets omfattning och sammansättning.

Bl. a. har *försäkringskassorna i Stockholm, Göteborg, Malmö och Norrköping* gemensamt genomfört en studie av de sjukfall, utifrån vilka kassornas uppspårande medverkan i rehabiliteringssträvandena företrädesvis skall utvecklas. Ändamålet har främst varit att få en uppfattning om kvantiteten och sammansättningen av det årliga tillflödet av potentiella rehabiliteringsfall inom dessa städer. En sammanställning av undersökningsresultaten har gjorts under titeln 1962 års 90-dagarsundersökning (jfr not å sid. 22).

Studien har avgränsats till sjukpenningförsäkrade personer i åldersgruppen 16—60 år. Därigenom har den omfattat alla i de fyra kassorna under år 1962 inträffade s. k. 90-dagarsfall, dvs. sjukdomsfall med ersättningstid som i en följd eller vid recidiv i förening med tidigare ersatt tid överstigit 90 dagar och som med anledning därav har varit aktuella för prövning med avseende bl. a. på betingelserna för rehabiliteringsåtgärder.

Följande data har framtagits och bearbetats: ålder, kön, civilstånd, viss yrkestillhörighet, sjukpenningklass och diagnos.

	Stockholm	Göteborg	Malmö	Norrköping	Summa
Invånare	802 124	410 682	237 517	92 281	1 542 604
Totalt försäkrade	645 675	319 269	182 333	71 228	1 218 505
Däraf sjukpenningförsäkrade födda 1903—1946	405 792	232 331	134 708	50 031	822 862
Antal 90-dagarsfall	21 230	8 598	5 154	2 160	37 142
Antal fall per 1 000 sjukpenningförsäkrade	46	37	38	43	43

Frekvensen av 90-dagarsfall stiger med åldern i en i det närmaste direkt proportion. Antalet fall per 1 000 sjukpenningförsäkrade framgår av följande tabell.

	Män	Kvinnor	Totalt
Födda 1946—1943	5	9	7
1942—1933	14	22	18
1932—1923	31	42	37
1922—1913	44	58	51
1912—1903	65	74	70
Medeltal	<u>37</u>	<u>48</u>	<u>43</u>

Av hela antalet fall utgörs 60 % av sådana som för den aktuella sjukdomen under år 1962 för första gången passerade gränsen för 90 dagars ersättningstid, vilket motsvarar 26 fall per 1 000 försäkrade. 40 % av fallen har tidigare än år 1962 passerat denna gräns, svarande mot 17 fall per 1 000 försäkrade. Antalet fall där 90-dagarsgränsen uppnåddes i en ersättningsföljd var i det närmaste 40 % eller 17 fall per 1 000 försäkrade.

Sammanfattningsvis anføres att rehabiliteringsproblemet kvantitativt är betydande med ett årligt tillflöde av potentiella fall i våra fyra största städer av storleksordningen 25—30 fall per 1 000 försäkrade. En tredjedel av dessa är långvarigt arbetsoförmögna på grund av psykiska sjukdomar och resten av somatiska, där skelettets och rörelseorganens sjukdomar utgör en icke oväsentlig del. Hjärt- och kärlsjukdomarna blir betydande först i den högsta åldersgruppen, där antalet färskta 90-dagarsfall dominerar, under det att de psykiska sjukdomarna och skelettets och rörelseorganens sjukdomars kroniserande tendens kommer fram i det förhållandevis stora antalet recidivfall. Dessa typer av fall är relativt sett mest betydelsefulla inom de yngre åldersgrupperna med maximum i åldern 30—39 år.

Frekvensen 90-dagarsfall är högst i sjukpenningklasserna 10 och 11 (inkomstläget 10 200—14 000 kronor) för såväl män som kvinnor. Hemmafruarna visar väsentligt lägre frekvens 90-dagarsfall per 1 000 försäkrade än de förvärvsarbetande kvinnorna (35 respektive 53 fall per 1 000) och kvinnorna dominerar totalt jämfört med männen (48 respektive 37 fall per 1 000).

Avsikten är att resultatet av studien skall uppföljas, så att materialets självläkningstendens blir klarlagd. Vidare skall olika sjukdomsgrupper mera ingående bearbetas. Slutsatserna synes icke utan vidare allmängiltiga för hela landet.

CRB vill framhålla att den fördelning på olika sjukdomsgrupper och åldrar, som redovisats i det föregående, givetvis icke kan användas som mått på behovet av rehabiliteringsresurser för olika sjukdoms- och åldersgrupper. En mycket väsentlig faktor härvidlag är den tid som kräves för att genomföra en rehabilitering och frågan när en sådan alls är möjlig. Liksom i fråga om behovet av sjukvård torde i fråga om rehabiliteringsbehovet gälla, att det kan vara ett relativt litet antal fall, som ställer mycket omfattande krav på rehabiliteringsorganisationens resurser. I den mån en fortlöpande hälso-

kontroll blir mera allmän, torde man också ha att räkna med att åtskilliga sjukdomsfall, som nu ofta har ett dramatiskt förlopp och stundom på kort tid kan leda till döden eller till total invalidisering, kommer att uppmärksammas på ett tidigare stadium och därigenom kommer att ställa större krav på rehabiliteringsåtgärder.

Sedan de i undersökningen behandlade förhållandena visat sig vara mycket likartade i de fyra städerna, har CRB efter kontakt med professorn i socialmedicin Gunnar Lindgren hos Kungl. Maj:t anhållit om och erhållit medel för en specialbearbetning av i första hand det i Malmö insamlade materialet som underlag för en bedömning av behovet av rehabiliteringsresurser. Som i annat sammanhang framhållits räknar emellertid CRB med att man måste söka sig fram på olika vägar för att få en klarare uppfattning om antalet rehabiliteringsfall av skilda slag och behovet av resurser för att adekvata rehabiliteringsåtgärder skall kunna komma till stånd i olika fall.

Efter ikraftträdandet av lagen om allmän försäkring har emellertid — såsom väntat — ett allt starkare behov gjort sig gällande hos försäkringskassorna av mera omfattande medicinska utredningar såsom grund främst för sådana försäkringsavgöranden som måste föregås av eller förenas med bedömning av möjligheterna till rehabilitering. Såsom ett för belysande av den därmed förbundna problematiken aktuellt exempel refererar CRB i det följande något av sakinnehållet i en av direktören för Stockholms allmänna försäkringskassa till försäkringskassans styrelse hösten 1964 överlämnad PM om situationen i Stockholm, avsedd att bilda underlag för styrelsebeslut om åtgärder.

Lagen om allmän försäkring har medfört en mycket kraftig antalsmässig ökning av försäkringskassans åtgärder och beslut. Jämsides härmed har kraven på säkerhet i avgörandena skärpts, vilket i sin tur medför höjda anspråk på beslutsunderlagen. Samtidigt med detta har kassan att därutöver inom ramen för en omfattande systematisk bevakning av företrädesvis långtidsfallen utveckla en vittomfattande aktivitet på rehabiliteringsområde.

Med detta har följt ett ökat behov av på försäkringsmässiga indikationer eller genom ifrågasatta rehabiliteringsbetingelser erforderliga medicinska expertutredningar. Detta behov ökar fortfarande i takt med en successiv utbyggnad inom kassan av vissa främst kring långtidsfallen grupperade aktiviteter.

De medicinska faktorernas utslagsgivande roll inom förmånsrätten kräver att dessa utredningsbehov snabbt och säkert kan tillgodoses. I annat fall kan bristen på erforderligt medicinskt bedömningsunderlag sätta försäkringsskyddet ur spel, leda till rättsosäkerhet eller föranleda rättsförluster för den enskilde. Om underlaget vid avgörandena är brist-

fälligt, kan försäkringen belastas med kostnader, som den icke skall bära, men störst är risken att den enskilde blir lidande eller att kostnader övervältras på annan part, exempelvis på socialvården.

Resonemanget bör ses mot bakgrund av verksamhetens omfattning. Under år 1963 anmäldes 573 000 insjuknanden till kassan, vilka föranledde försäkringskostnader i form av sjukpenning och barntillägg med 165 miljoner kronor. Under samma år aktualiserades 4 165 ärenden om förtidspension, inkom 508 ansökningar om invaliditetsersättning och invaliditetstillägg och upptogs 1 336 av 12 500 löpande förtidspensioner till omprövning.

Av de varje år anmälda sjukdomsfallen beräknas minst 25 000 på grund av sin varaktighet kräva speciell bedömning ur rehabiliteringssynpunkt eller med avseende på rätten till förtidspension. Det är företrädesvis kring dessa och kring inkomna ansökningar om förtidspensionsförmåner som kassans behov av medicinska utredningar är koncentrerat.

Försäkringens räckvidd och ekonomiska betydelse kräver att förtroendeläkarna tillser att de medicinska förhållandena i varje enskilt fall är tillfredsställande utredda och dokumenterade. Det ligger i sakens natur att de därför ofta måste efterfråga uppgifter utöver dem som framgår av primärt ingivna intyg. Av såväl praktiska som principiella skäl har ansetts ogörligt att härför inställa försäkrad till förtroendeläkare eller att över huvud taget etablera försäkringskassa såsom huvudman för medicinsk utredningsverksamhet. Vid behov av kompletterande undersökning eller utredning hänvänder sig kassa därför i första hand till den läkare, som utfärdat intyget, och anhåller om särskilt utlåtande i de avseenden, där klarhet önskas.

Ej sällan visar sig dock utlåtande eller fallets art vara sådana att ytterligare belysning erfordras. Det händer också att läkare underlåter att svara. Den försäkrade blir då genom kassans försorg remitterad till antingen annan läkare — vanligen till specialist — eller inläggning på specialavdelning vid sjukhus. För att få fram bedömningsunderlag är kassan sålunda beroende av att visst utrymme står till förfogande för utredning av remissfall inom såväl öppen som sluten sjukvård. Därvid kan det ofta vara fråga om de mest kvalificerade eller specialiserade delarna därav.

Antalet ärenden, i vilka förtroendeläkarna rådfrågats, har successivt stegrats och har ännu ej funnit en stabil nivå. Av mer än 26 000 ärenden 1963 gällde 20 500 allmän bedömning av förmånsrätt och rehabiliteringsbetingelser i långtidsfall, 3 500 gällde bestämda ställningstaganden till arten och omfattningen av potentiellt rehabiliteringsbehov, 1 500 avsåg bedömning av de närmare förutsättningarna för förtidspension. Förtroendeläkarnas arbete har bl. a. föranlett mer än 10 000 skrivelser till behandlande läkare.

I promemorian framhålles att det utan vidare är klart att i en verksamhet av exemplifierad omfattning och karaktär föreligger behov av kvalificerade och omfattande medicinska utredningar och utlåtanden. Hur stort detta behov kan vara låter sig icke säkert avgöras, eftersom man vid kassans handläggning av enskilda fall aldrig kan helt frigöra sig från hänsyn till de förutsättningar, som kan föreligga för dess tillgodoseende.

Efter ett och ett halvt års erfarenhet av verksamheten enligt lagen om allmän försäkring nödgas kassan emellertid konstatera att utrymmet inom stadens sjukvård för mottagande av kassans remissfall är alltför begränsat och i vissa delar är helt obefintligt. Situationen har på väsentliga avsnitt blivit sådan att den påkallar skyndsamt vidtagna åtgärder med avseende särskilt på i det följande var för sig kommenterade fyra kategorier av fall.

Somatiska sjukdomar utgör orsaken till nedsättningen av arbetsförmågan i omkring 70 % av kassans långtidsfall. Den del av dessa som kräver kvalificerade utredningar rör sig oftast om dem, där den "organiska" sjukdomsbilden icke ger tillfredsställande förklaring till den nedsatta arbetsförmågan. Över huvud taget ställs anspråk på allsidig observation och penetration av medicinska, personliga och allmänt sociala faktorer och av det eventuella sambandet dem emellan för att fallet skall bli fullt klarlagt ur alla de synpunkter som skall beaktas vid kassans efterföljande avgöranden ur rehabiliterings- eller försäkringsaspekt.

Då det varken kan vara möjligt eller önskvärt att anpassa sjukvården med hänsyn till kassans speciella behov, har det anförts skäl för att dess utredningsbehov måhända bättre och kanske mera rationellt skulle kunna tillgodoses vid i huvudsak härför inrättade, organiserade och utrustade speciella utredningskliniker. En sådan bör vara ansluten till större sjukhus. Med tillgång till dess serviceavdelningar och i samverkan med sjukhuset och dess olika specialister i övrigt kan den vara organiserad såsom dagavdelning. Lämpliga fall vore exempelvis hjärt-kärleksjukdomar, åldersförändringar, respirationsorganens sjukdomar, sjukdomar inom gruppen yrkesmedicin, stödjeorganens sjukdomar, neurologiska sjukdomar, diabetes m. fl.

Under en tidsperiod av en månads längd aktualiserades uppskattningsvis 2 000 långtidsfall, som efter en första gallring enhetligt bedömdes av en av förtroendeläkarna. Därvid uppfångades bl. a. hela det antal fall, som var av sådan art att de för slutligt avgörande förutsatte ett på kvalificerad och allsidig utredning grundat medicinskt utlåtande, 58 fall (15 män, 43 kvinnor) som bort remitteras till utredningsklinik om en sådan funnits.

Antalet åsatta diagnoser — en eller flera — fördelade sig på följande sätt:

Cirkulationsorganens sjukdomar	25
Skelettets och rörelseorganens sjukdomar	32
Nervsystemets sjukdomar	10
Digestionsorganens sjukdomar	9
Respirationsorganens sjukdomar	5
Blodbildande organens och blodets sjukdomar	3
Njur- och urinvägssjukdomar	7
Ämnesomsättningsjukdomar	3
Leversjukdomar	1
Andra icke specificerade sjukdomar (funktionell nervsjukdom, trötthet m. m.)	17

Det stora och kontinuerliga tillflödet av fall av denna typ, vilkas ovan angivna antal med säkerhet endast är minimiantal för huvudmassan av de somatiska fallen, kräver en icke minst kvantitativt omfattande utredningsinsats.

Psykiiska sjukdomar och sjukdomssymptom är huvudorsak till nedsatt arbetsförmåga i närmare 30 % av långtidsfallen och grundar ett utredningsbehov, som är avsevärt större än denna procentuella andel. Samtliga psykiatriska polikliniker i Stockholm och vid Karolinska sjukhuset har efter hand förklarat sig förhindrade att vidare ta emot remissfall från kassan. En inventering av möjligheterna att i övrigt erhålla hjälp med psykiatriska specialistutredningar visar att dessa för närvarande är praktiskt taget obefintliga. Vid maj månads ingång hade kassan över 60 dylika utredningsfall, som icke kunde placeras.

Med ledning av härom företagen utredning bedömer kassan tillflödet av fall, som kräver psykiatrisk undersökning av specialistkaraktär för att kunna rätt avgöras, med säkerhet ligga högre än 30 fall per månad.

Bland kassans utredningsfall av olika karaktär förekommer ett i förhållande till övriga begränsat men dock ej obetydligt antal, som för beslut om och genomförande av relevanta åtgärder påfordrar en samlad *social-medicinsk* bedömning och insats. Lämplig och med erforderlig sakkunskap utrustad instans, till vilken kassan kan vända sig, finns icke. På grund av behovet av specialsakkunnig medverkan i utredning och åtgärder samt med hänsyn till den effekt som välanpassade åtgärder kan ge ur såväl ekonomisk som social och mänsklig synpunkt bör förutsättningar för insatser skapas.

En till antalet fall begränsad men med hänsyn till fallens art kapacitetskrävande grupp, för vilken ett framträdande behov av medicinsk utredningsmedverkan föreligger, består av de fall där orsaken eller en starkt medverkande orsak till nedsatt arbetsförmåga utgöres av *alkoholsjukdom*. En även av andra skäl påkallad förstärkning inom ifrågavarande

medicinska specialområde får vidgad motivering på grund av kassans växande behov av utredningshjälp och bör därför snarast genomföras.

Sammanfattningsvis konstateras i promemorian att erfarenheten har visat att behovet av medicinsk utredningsmedverkan redan överstigit här- för tillgängliga resurser i sådan grad att situationen ter sig ohållbar. Kassan finner det i praktiken också ogörligt att hävda sina anspråk på omfattande hjälp av de företrädare för medicinsk sakkunskap, vilkas situation tvingar dem att i de enskilda fallen väga angelägenheten av att biträda kassan mot plikten att sörja för trängande akuta vårdbehov. En skyndsamt, på annat sätt genomförd ökning av sådan kvalificerad medi- cinsk utredningskapacitet som kan göras tillgänglig för kassan och som sammanfaller med dess mest framträdande behov är sålunda ofrånkomlig.

I detta syfte föreslås i promemorian att kassan upptar diskussioner med stadens sjukvårdsstyrelse om att vid större sjukhus i staden försöksvis inrätta dels en utredningsklinik för somatiska fall och dels en för psykiat- riska fall. Härutöver anses en socialmedicinsk undersökningsstation vara av behovet påkallad liksom en förstärkning av resurserna inom alkohol- sjukvården.

Promemorian exemplifierar enligt CRB:s mening problem, som för social- försäkringens del gör sig gällande i hela landet. Den notoriska brist, som råder på resurser för att tillgodose ifrågavarande utredningsbehov, har hit- tills icke siffermässigt närmare belysts. Beredningen har därför ansett det vara av intresse att återge de för Stockholms del framlagda uppgifterna, ehuru de icke kan läggas till grund för några mera generella beräkningar.

CRB finner att promemorian i första hand syftar till att försäkringskas- sans organ inom den allmänna sjukvården skall få tillgång till särskilda resurser för arbetsprövning i den mening CRB lägger i ordet, dvs. fysisk, psykisk, social och yrkesteknisk helhetsbedömning av ifrågavarande patien- ters förmåga att med eller utan särskilda rehabiliteringsåtgärder fylla för dem aktuella funktions- och arbetskrav. Då fråga är om fall, som anses vara särskilt svårbedömda, måste man räkna med krav på så omfattande resurser att ifrågavarande arbetsprövning måste betecknas som kvalificerad.

Enligt CRB:s mening är här angivna uppgifter av sådan karaktär att den medicinska rehabiliteringsorganisationen vid sjukhusen, främst rehabilite- ringsklinikerna med tillgång till psykiatrisk och socialmedicinsk sakkunskap, i regel skulle vara den naturliga utrednings- och behandlingsinstansen. Den planerade utbyggnaden med sådana resurser inom Stockholmsområdet — utöver den redan befintliga men icke helt ianspråktagna rehabiliteringskli- niken vid Södersjukhuset — har berörts i den i det föregående lämnade redogörelsen för generalplanerna för Karolinska sjukhusets utbyggande och för Enskededalens sjukhus.

CRB är emellertid medveten om att försäkringskassan är i behov av sådana resurser långt innan ifrågavarande utbyggnad kan komma till stånd och att provisoriska anordningar därför är i hög grad aktuella. Beredningen vill ifråga om dessa starkt understryka angelägenheten av en utformning, som ligger i linje med planeringen av rehabiliteringsorganisationen vid sjukhusen på längre sikt och som kan ge erfarenheter av värde för den framtida verksamheten inom denna.

Beredningen vill vidare understryka angelägenheten av att den medicinska rehabiliteringsverksamhet, som bl. a. skall ha att tillgodose försäkringskassornas behov, får en sådan anknytning till den kommunala rehabiliteringsverksamheten i övrigt att exempelvis arbetsträningsverkstäder även utanför sjukvårdens ram kan utnyttjas på ett smidigt sätt för prövningen och återanpassningen genom direkt kontakt mellan vederbörande kommunala organ och befattningshavare.

För att de olika delarna av den av de kommunala huvudmännen drivna rehabiliteringsverksamheten skall kunna effektivare samordnas fordras enligt CRB:s mening en översyn av gällande bestämmelser om statsbidrag till rehabiliteringsverksamheten i skilda former och villkoren för sådant bidrag. De rehabiliteringsproblem, som berörts i anslutning till promemorian från Stockholms allmänna försäkringskassa, aktualiserar en sådan översyn.

Dessa frågor sammanhänger nära med 1961 års sjukförsäkringsutrednings uppdrag att undersöka frågan om ersättning från sjukförsäkringen vid vissa former av s. k. halvöppen sjukvård, bl. a. vård på dagsjukhus samt vård vid rehabiliteringsavdelningar av icke inneliggande patienter.

KAPITEL 6

Riksförsäkringsverkets sjukhus

Vissa uppgifter beträffande sjukhusen m. m.

Riksförsäkringsverket har vid verkets tillkomst 1961 från pensionsstyrelsen övertagit den av styrelsen bedrivna sjukvårdande verksamheten. Denna påbörjades år 1915 och byggdes så småningom ut till att omfatta något över 1 000 vårdplatser fördelade på dels de tre fristående sjukhusen i Nynäshamn, Tranås och Åre, dels ett antal lasarettanslutna avdelningar. Syftet med verksamheten var att söka minska pensionskostnaderna. Under den första tiden avsåg verksamheten därför huvudsakligen fall då den sjuke var relativt ung och omständigheterna i övrigt sådana att man hade skälig anledning anta att sökandens invaliditet genom sjukvård skulle komma att uppskjutas för en längre tid framåt. En uppmjukning av intagningsreglerna har sedermera skett. Bl. a. har åldersgränsen med tiden höjts så att den numera håller sig vid 67 år, då rätt till allmän ålderspension inträder.

Verksamheten avser företrädesvis personer som lider av ledgångsreumatism, psykoneuros, astma, neuralgi o. d.

Medel för fastighetsköp och byggnadsarbeten har ställts till förfogande ur folkpensioneringsfonden. Driftkostnaderna — med undantag av den dagavgift om fem kronor som i regel erlägges av försäkringskassan — bestrides i huvudsak av statsmedel från det under femte huvudtiteln uppförda anslaget till Invaliditetsförebyggande åtgärder m. m.

Beträffande de tre fristående sjukhusen kan följande uppgifter lämnas.

Sjukhusen i Nynäshamn och Åre administreras av ett för ändamålet bildat bolag, AB Kurortsverksamhet. Sjukhuset i Tranås administreras av ett särskilt bolag, vars aktier till största delen äges av AB Kurortsverksamhet.

Sjukhuset i Nynäshamn har 250 vårdplatser. Där vårdas främst personer med reumatiska sjukdomar samt neurosfall. I vården ingår liksom vid övriga sjukhus sjukgymnastik, fysikalisk behandling och arbetsterapi. I början av år 1964 har en nyuppförd rehabiliteringsavdelning tagits i bruk. På denna avdelning, som är avsedd att användas för arbetsträning och arbetsprövning, finns verkstäder med plats för 10 personer i metallarbete, 10 i snickeriarbete, 7 i sömnadsarbete och 7 i kontorsarbete. Därjämte finns träningskök m. m. Ytterligare platser kommer inom en snar framtid att bli disponibla på metallverkstaden. Kostnaderna för uppförande av rehabiliteringsavdelningen belö-

per sig till i runt tal 1,3 milj. kronor. Antalet läkartjänster vid sjukhuset är 6, vartill kommer konsulterande läkare.

Sjukhuset i Tranås har 186 vårdplatser, där huvudsakligen reumatiska fall samt neurosfall vårdas. Även astmafall mottages där. Sjukhuset har vidare en privatavdelning om ca 90 vårdplatser för personer som själva erlägger samtliga vårdkostnader. Sjukhuset disponerar en verkstad med 10 platser i metallarbete, 9 i snickeriarbete och 7 i sömnadsarbete. Även här finnes träningskök med 10 platser. Inom en nära framtid kommer en avdelning för kontorsarbete att öppnas. Sjukhuset har 5 läkartjänster.

Sjukhuset i Åre har 140 vårdplatser, varav en barnavdelning med 20 platser. Främst vårdas vid sjukhuset astmasjuka men även neurosfallen är talrika. Sjukhuset har 3 läkartjänster.

Sammanlagda antalet vårdplatser vid de tre sjukhusen är alltså 576, ej inräknat privatavdelningen i Tranås. Under år 1963 utskrevs sammanlagt ca 2 750 patienter. Vårdtidens längd var i genomsnitt 70 dagar.

Huvuddelen av patienterna kommer till sjukhusen efter remiss från läkare vid andra sjukhus eller i öppen vård. Ansökningarna prövas inom riksförsäkringsverket under medverkan av till verket knutna läkare. En del av patienterna hänvisas till sjukhusen efter beslut av försäkringskassa eller riksförsäkringsverket vid prövning av ansökan om förtidspension. År 1963 var antalet sådana fall 235. Vårdkostnaden per dag utgjorde i Nynäshamn 42 kronor, i Tranås 39 kronor och i Åre 40 kronor.

1959 års utredning samt yttranden däröver

Ifrågavarande verksamhet har senast varit föremål för utredning genom Utredningen rörande pensionsstyrelsens sjukvårdande verksamhet, vilken avlämnade sitt betänkande (stencilerat) i december 1959. Utredningen fann det klart att pensionsstyrelsens sjukvårdande verksamhet inneburit ett betydelsefullt initiativ och varit en ovärderlig tillgång för sjuka med reumatiska och nervösa sjukdomar eller astma. Dessas vårdbehov har ofta kunnat tillgodoses endast genom styrelsens verksamhet. Genom utbyggnad av de ordinarie huvudmännens resurser var det emellertid enligt utredningens mening på längre sikt mindre ändamålsenligt att upprätthålla en sjukvårdsorganisation, som innebar en organisatorisk splittring av vårdresurserna för vissa sjukdomar. Denna splittring samt önskemålet att i möjligaste mån bereda de sjuka vård på hemortssjukhus talade enligt utredningen för att hela vården av ifrågavarande sjuka överfördes till de ordinarie sjukvårdshuvudmännen.

Utredningen föreslog att ansvaret för kostnaderna för vården på pensionsstyrelsens sjukhus, bortsett från socialförsäkringsfallen, efter en övergångstid — ca fem år efter riksdagens beslut rörande regionsjukvårdens ordnande

— skulle övertas av de ordinarie sjukvårdshuvudmännen. Lasarettssavdelningarna skulle övertas av respektive sjukvårdshuvudman enligt särskild uppgörelse.

I fråga om de tre fristående sjukhusen anförde utredningen i huvudsak följande.

Utredningen konstaterade att det för socialförsäkringen i allmänhet var nödvändigt med en effektiv rehabiliteringsorganisation omfattande såväl medicinsk rehabilitering som arbetsvård. Vid handläggningen av ansökningar om invalidpension eller sjukbidrag gällde det inte endast att bestämma om invalidpension eller sjukbidrag skulle utgå utan även om det var möjligt att genom åtgärder av olika slag återställa eller förbättra den sökandes arbetsförmåga. I samband härmed kunde ytterligare läkarundersökningar erfordras. För sådana undersökningar hade pensionsstyrelsens sjukhus anlåtits i stor utsträckning. Förbättringen av pensionsförmånerna komme att ställa avsevärt ökade krav inte endast på rehabiliteringsorganisationen utan även på möjligheterna i allmänhet att få erforderliga invaliditetsutredningar utförda. De allmänna sjukhusen hade numera på flera håll avsevärt utvidgats. Detta hade emellertid inte medfört någon nämnvärd förbättring i fråga om möjligheterna att dit hänvisa utredningsfall.

Utredningen anslöt sig till den principiella uppfattningen att samhällets normala verksamhet för sjukvård och arbetsvård i första hand borde utnyttjas för rehabilitering. Detsamma borde gälla i fråga om socialförsäkringens utredningsfall. Emellertid skulle det enligt utredningen vara motiverat att inrätta vissa säranordningar för att åtminstone till en del tillgodose socialförsäkringens behov i dessa avseenden. Härtill kom att gränsen mellan en arbetsprövning, som utgör en del av en invaliditetsutredning, och en verklig rehabilitering i många fall blir mycket flytande. Man borde vidare räkna med att de fall, som kräver långvariga och omfattande rehabiliteringsåtgärder och där prognosen ofta är mindre god, kan komma att få stå tillbaka för fall där utsikterna till rehabilitering är gynnsamma. Till den förstnämnda gruppen hörde en stor del av de pensionsökande, inte minst de som lider av reumatiska eller neurotiska sjukdomar.

Med hänsyn till nämnda omständigheter föreslog utredningen, att vid pensionsstyrelsens tre sjukhus i Nynäshamn, Åre och Tranås skulle inrättas särskilda rehabiliteringsavdelningar. Dessa skulle ha till uppgift att för socialförsäkringens räkning verkställa sådan utredning angående invaliditeten, som kräver möjlighet till försök med rehabilitering m. m. Dessutom skulle dessa avdelningar kunna genom rehabilitering fullfölja sådana utredningsfall som lämpar sig härför. Slutligen borde avdelningarna ha möjlighet att för rehabilitering ta emot sådana fall, där prognosen bedöms som mindre god.

Hur många vårdplatser och hur stora utrymmen i övrigt vid nämnda tre

sjukhus, som skulle erfordras för denna verksamhet, var det enligt utredningen inte möjligt att bedöma. Utredningen ansåg sig dock under alla förhållanden kunna utgå från att ett inte ringa antal vårdplatser komme att återstå, sedan rehabiliteringsverksamheten vid pensionsstyrelsens sjukhus blivit helt utbyggd. Dessa vårdplatser skulle bli disponibla för andra ändamål.

Utredningen föreslog, att ett 30-tal vårdplatser vid sjukhuset i Nynäshamn skulle ställas till förfogande för Stockholms läns landsting för medicinska utrednings- och behandlingsfall. I fråga om återstående vårdplatser vid sjukhusen räknade utredningen med att dessa under en övergångstid måste användas bl. a. för vård av reumatikerpatienter från olika delar av landet. Hur lång nämnda övergångstid kunde komma att bli, var ovisst. Under alla förhållanden torde den dock enligt utredningen komma att sträcka sig över åtskilliga år. Erfarenheten hade vidare visat, att socialförsäkringen har behov av ökade resurser inte endast för rehabilitering utan även för rena utrednings- och vårdfall. Detta gällde särskilt beträffande personer med reumatiska och nervösa sjukdomar, astma och vissa psykosomatiska sjukdomstillstånd. Den allmänna sjukvården kunde inte beräknas under överskådlig tid helt tillgodose detta behov. Det skulle dock enligt utredningen i avsevärd omfattning kunna täckas genom att tillgängliga vårdplatser vid de tre sjukhusen utnyttjades härför.

Beträffande sjukhusen i Tranås och Åre anförde utredningen att dessa för vissa astmasjuka fyllde ett sjukvårdsbehov som svårligen kunde tillgodoses på annat sätt. Dessa sjukhus behövdes därför för astmavård i ungefär oförändrad omfattning. Frågan om och i vilken utsträckning astmavård skulle meddelas vid dessa sjukhus på längre sikt fick enligt utredningen bli beroende på rådande förhållanden samt resultatet av den detaljplanläggning som borde ske i fråga om de tre fristående sjukhusen.

Vid remissbehandlingen av utredningens förslag var meningarna delade rörande förslagen om den fortsatta användningen av sjukhusen i Nynäshamn, Tranås och Åre.

Bland dem som i huvudsak anslöt sig till utredningens förslag var riks-försäkringsanstalten, pensionsstyrelsen, socialförsäkringens administrationsnämnd, medicinska fakulteten i Uppsala, 1958 års socialförsäkringskommitté, Södermanlands, Kristianstads, Kopparbergs och Jämtlands läns landstings förvaltningsutskott, stadsfullmäktige i Hälsingborg och Svenska stadsförbundet.

Socialförsäkringens administrationsnämnd anförde följande.

Nämnden vill starkt understryka behovet av att socialförsäkringsmyndigheterna beredes möjlighet att medverka till att behövliga rehabiliteringsåtgärder snabbt kommer till stånd, då så befinnes påkallat i det enskilda fallet. Det måste med hänsyn härtill anses välbetänkt att alltjämt låta förenämnda tre sjukhus stå under

en socialförsäkringsmyndighets direkta inflytande intill dess den på annat sätt ordnade rehabiliteringsverksamheten kan komma att vara tillfyllest för socialförsäkringen. Genom att ställa erforderliga resurser till sjukhusens förfogande torde det också bli möjligt för socialförsäkringens målsmän att i viss mån leda utvecklingen inom denna för såväl de enskilda och samhället som socialförsäkringen själv betydelsefulla verksamhet.

Svenska stadsförbundet anförde:

Vad särskilt beträffar att tills vidare pensionsstyrelsen skall bibehålla sina sjukhus i Nynäshamn, Åre och Tranås har styrelsen icke någon erinran med hänsyn till att den regionala reumatikersjukvårdens realiserande ännu torde dröja en icke ringa tid. Styrelsen förutsätter, att dessa tre sjukhus blir föremål för en sådan upprustning, att verkligt moderna och effektiva rehabiliteringsåtgärder för reumatikerklientelet kan komma till stånd. Genom att resurser kommer att stå till förfogande från den allmänna pensioneringen kan en erforderlig upprustning personellt och materiellt ske utan större dröjsmål.

Ett flertal andra remissorgan ställde sig däremot avvisande till förslaget. *Statskontoret* ansåg sålunda, att de principiella invändningar, som framförts mot att pensionsstyrelsen vid sidan av övriga huvudmän bedrivit viss sjukvård, i än högre grad måste riktas mot att styrelsen skulle uppta rehabiliteringsverksamhet.

Förslaget avstyrktes vidare av *arbetsmarknadsstyrelsen*, som motiverade sitt ställningstagande på följande sätt.

Styrelsen delar utredningens uppfattning, att en effektiv rehabiliteringsorganisation är nödvändig även för socialförsäkringens behov. En sådan organisation utgör enligt styrelsens mening samhällets normala sjukvårdande och arbetsvårdande verksamhet. Även om nuvarande resurser är otillräckliga, finner styrelsen ej anledning förorda inrättandet av särskilda fristående rehabiliteringsavdelningar i socialförsäkringsmyndighets regi. Att inrätta sådana vore dels att befästa nu rådande organisatoriska splittring, dels att begränsa den medicinska rehabiliteringens effekt och därmed arbetsvårdens. Pågående utbyggnad av samhällets normala sjukvårdande och arbetsvårdande resurser bör i stället intensifieras.

Under den långa avvecklingsperiod som kunde beräknas förestå borde man dock enligt arbetsmarknadsstyrelsen inte försumma att söka bibehålla och om möjligt bygga ut den försöksvis anordnade medicinska rehabiliteringsverksamheten.

Medicinska fakulteten i Lund anförde följande.

Det förefaller fakulteten ur organisatorisk synpunkt riktigtast, att även dessa sjukvårdsanstalter i någon form övertas av landsting eller städer utanför landsting för andra ändamål. Fakulteten kan icke tillstyrka att nyssnämnda tre sjukhus ges karaktären av rena rehabiliteringsavdelningar, då de med sitt relativt isolerade läge icke kunna beräknas få den för verksamheten nödvändiga kontakt med arbets-

marknaden inom patienternas hemort som en lokal rehabiliteringsavdelning. För undervisningen vore det olyckligt om de ur utrednings- och rehabiliteringssynpunkt mest komplicerade fallen komme att placeras vid dessa tre isolerade anstalter och sålunda undandragas undervisningsklinikerna.

Även *kommittén för översyn av hälso- och sjukvården i riket* menade, att man skulle inrikta sig på att tillgodose behovet av resurser för prövning av invaliditetsfrågor inom ramen för den ordinarie sjukvårdsorganisationen. Kommittén ansåg därför inte att de tre sjukhusen skulle ha någon särställning i planen för en successiv avveckling av pensionsstyrelsens sjukvårdande verksamhet. I huvudsak samma ståndpunkt intog även *Stockholms, Östergötlands, Gotlands, Skaraborgs och Örebro läns landstings förvaltningsutskott*.

Kronobergs läns landstings förvaltningsutskott ansåg det lämpligt att sjukhusen användes för utredningsfall men ställde sig däremot tveksamt till inrättandet av särskilda rehabiliteringsavdelningar. *Västmanlands läns landstings förvaltningsutskott* avstyrkte bestämt en dubbelorganisation av rehabiliteringsverksamheten men accepterade att sjukhusen under en övergångstid utnyttjades för rehabilitering. Betänkligheter framfördes även av *Kalmar läns norra landstings förvaltningsutskott*, som ansåg att pensionsstyrelsens sjukhus borde bibehållas i avvaktan på utbyggnaden på regionplanet men att de därefter förslagsvis disponerades som konvalescenthem för neurossjuka. *Stadsfullmäktige i Malmö* ansåg det visserligen tveksamt om det var riktigt att i längden driva för hela landet avsedd rehabiliteringsverksamhet vid de tre sjukhusen men var övertygade om att det var lämpligt att så skedde under en inte alltför kort övergångstid.

Tveksamhet uttalades även av *stadsfullmäktige i Norrköping* samt *Svenska landstingsförbundet*. I frågan anförde förbundet följande.

Förbundsstyrelsen hyser viss tvekan inför utredningens förslag, att pensionsstyrelsens sjukhus i Nynäshamn, Åre och Tranås skola utnyttjas bl. a. såsom rehabiliteringsanstalter inom socialförsäkringens ram. Denna tveksamhet är delvis principiellt grundad, enär en dylik anordning skulle innebära, att man i viss mån bibehåller det 1915 införda systemet med säranordningar för sjukvård m. m. inom socialförsäkringen, vilket föranlett kritiska uttalanden i olika sammanhang och slutligen lett fram till förslaget om avveckling av pensionsstyrelsens sjukvårdande verksamhet. Tveksamheten är dessutom grundad på farhågor, att rehabiliteringsverksamheten vid dessa sjukhus skulle i betydande grad hämmas av bristen på möjligheter till konsultationer inom olika medicinska specialiteter. Riktigast synes därför vara, att rehabiliteringsklinikerna vid undervisningssjukhusen och inom den länsvis organiserade sjukvården utnyttjas jämväl för socialförsäkringsklientelet, varvid därmed förenade kostnader böra helt bestridas av socialförsäkringsorganen.

Även *Svensk reumatologisk förening* fann utredningens förslag mindre välbetänkt. Skälen härför sammanfattades i följande fyra punkter: 1) rehabilitering och arbetsvårdsutredning bör ske så nära hemorten som möjligt; 2) bedömning av invaliditetsgrad kräver ofta undersökningar och ställningstagande av flera specialister; därför bör utredningar av denna typ ske på centrallasarett eller regionsjukhus; 3) ur medicinsk synpunkt isolerat belägna sjukhus kommer inte att kunna konkurrera om de få kvalificerade rehabiliteringsläkare, som småningom blir färdigutbildade; 4) avdelningarna skulle frånhända regionsjukhusen instruktivt material för undervisningen.

Förslaget avstyrktes likaledes av *Svenska ortopedföreningen*. Mot det samma riktades även erinran av *Riksföreningen mot reumatism*.

Utredningens synpunkter rörande den av pensionsstyrelsen bedrivna neuros- och astmavården berördes särskilt i några yttranden. *Västmanlands läns landstings förvaltningsutskott* tillstyrkte att dessa vårdformer bibehölls vid styrelsens sjukhus längst intill dess att de ordinarie sjukvårdshuvudmännens resurser härför blivit tillräckliga. *Medicinska fakulteten i Uppsala* uttalade sitt erkännande för pensionsstyrelsens pionjärinsats när det gällde vården av sjuka, lidande av psykoneuroser. Genom utbyggnaden av bl. a. psykiatriska lasarettavdelningar hade förhållandena beträffande neuroserna dock ändrats. Enligt fakulteten torde därför denna sektor av styrelsens sjukvårdande verksamhet snart kunna avvecklas. I fråga om astmafallen framhöll fakulteten, att dylika fall borde utredas på lasarett med tillräckliga resurser, då deras sakliga bedömning förutsatte kännedom om hela invärtesmedicinens register. Fakulteten erinrade i detta sammanhang om att utredningen syntes lägga stor vikt vid klimatfaktorn. Enligt fakulteten torde dock klimatbyte ha begränsat värde. Till samma slutsats i fråga om neurosvården kom *direktionen för akademiska sjukhuset i Uppsala*, som däremot ansåg förslaget att utnyttja platserna i Åre och Tranås för astmafall välbetänkt. *Statskontoret* och *medicinska fakulteten i Lund* ansåg att den nu ifrågakvarande sjukvården borde kunna ombesörjas av sjukvårdsorganisationen i övrigt. *Örebro läns landstings förvaltningsutskott* ansåg likaledes att neuros- och astmavården borde ordnas inom den ordinarie sjukvårdsorganisationen. Med hänsyn till platsbristen inte minst inom den psykiatriska vården ifrågasatte utskottet emellertid om inte pensionsstyrelsens sjukhus skulle kunna bestå som konvalescenssjukhus för neurosjuka. Detta borde enligt utskottet kunna ske även om sjukhusen överfördes på de ordinarie sjukvårdshuvudmännen, vilket syntes utskottet vara att föredra. *Svenska landstingsförbundet* framhöll, att några problem sannolikt inte behövde uppstå vid överförande av denna vård i landstingsregi. För en avveckling uttalade sig även *Södermanlands, Jönköpings* och *Gotlands läns landstings förvaltningsutskott* samt *Malmöhus läns landstings hälso- och sjukvårdsstyrelse*. När det gällde astmavården framhöll *Kristianstads läns landstings förvaltningsutskott*, att den kvalificerade vården krävde resurserna på ett

väl utrustat sjukhus av typen centrallasarett och att behovet av vårdplatser vid anstalter av typen klimatsanatorier torde vara på avskrivning. *Göteborgs och Bohus läns landstings förvaltningsutskott* ansåg däremot pensionsstyrelsens anstalt i Åre fylla en viktig uppgift. De allergiska klinikerna kan aldrig helt ersätta denna vårdform.

1962 års statsverksproposition

Vid anmälan av 1962 års statsverksproposition, femte huvudtiteln, anförde föredragande departementschefen (sid. 246) bl. a. följande.

Den av riksförsäkringsverket och tidigare pensionsstyrelsen bedrivna sjukvårdsverksamheten har kommit att utgöra en allt mindre andel av sjukhusvården i landet. Detta gäller inte minst i fråga om reumatikervården, där verksamheten haft sin största betydelse. Den fortsatta utbyggnaden av sjukhusorganisationen på såväl läns- som regionplanet medför ökade möjligheter för de ifrågavarande patienterna att vårdas på hemortssjukhus. Praktiskt taget allmän enighet föreligger även om att riksförsäkringsverkets nuvarande sjukvårdande verksamhet i princip bör avvecklas och att vårdresurserna bör inordnas i den ordinarie sjukvårdsorganisationen.

När det gäller sättet och tidpunkten för en sådan avveckling råder delade meningar, såsom framgått av min redogörelse för de remissyttranden som avgetts i frågan. Ytterligare överläggningar bör därför äga rum med företrädare för de kommunala sjukvårdshuvudmännen, innan slutlig ställning tas i ämnet. I avbidan härför är jag inte beredd att ta ståndpunkt rörande den framtida användningen av riksförsäkringsverkets sjukhus i Nynäshamn, Tranås och Åre. I detta sammanhang vill jag erinra om att jag erhållit Kungl. Maj:ts bemyndigande att tillkalla särskilda utredningsmän för att utreda bl. a. frågan om organisationen av rehabiliteringsverksamheten.

Mot vad departementschefen sålunda anfört fann riksdagen ej anledning till erinran.

CRB:s synpunkter och förslag

Enligt direktiven för CRB har beredningen bl. a. att pröva den framtida användningen av riksförsäkringsverkets sjukhus. Med hänsyn till vad chefen för socialdepartementet anfört vid anmälan av 1962 års statsverksproposition utgår beredningen ifrån att den nu av riksförsäkringsverket bedrivna reumatiker-, neuros- och astmavården i princip skall inordnas i den av de ordinarie sjukvårdshuvudmännen bedrivna sjukvården samt att de av verket drivna lasarettanslutna avdelningarna skall övertas av respektive sjukvårdshuvudman. Frågan blir då om tillräckliga skäl finnes för att bibehålla de tre fristående sjukhusen i Nynäshamn, Tranås och Åre under riksförsäkringsverkets ledning såsom "rehabiliteringssjukhus" i enlighet med det förslag som framlagts av utredningen rörande pensionsstyrelsens sjukvårdande verk-

samhet eller om sjukhusen bör användas för annat ändamål. CRB har fattat sitt uppdrag i denna del såsom avseende detta spörsmål.

Enligt de av beredningen förordade riktlinjerna skall den allmänna sjukvården och arbetsvården organiseras så att sjuka och invalidiserade personer i möjlig mån skall tillförsäkras sådan vård att de kan återföras i arbete. Detta är bl. a. en av förutsättningarna för att den allmänna försäkringen skall kunna fungera så som avsikten varit vid dess tillkomst. Härav följer att socialförsäkringsorganens behov av vård- och undersökningsmöjligheter i princip bör tillgodoses inom den allmänna organisationens ram, med utnyttjande av bl. a. olika specialkliniker på läns- och regionnivå. Med den av beredningen föreslagna inriktningen kommer de allmänna rehabiliteringsklinikerna att i detta sammanhang spela en väsentlig roll. Ur socialförsäkringens synpunkt är inte minst tillgången till resurser för kvalificerad arbetsprövning av betydelse. Såsom beredningen tänkt sig sjuk- och arbetsvårdens organisation bör detta behov, efter utbyggnad av resurserna, i stort sett kunna tillgodoses utan säranordningar för socialförsäkringens del.

Det är emellertid sannolikt att utbyggnaden av den allmänna rehabiliteringsorganisationen även under gynnsamma förutsättningar kommer att ta avsevärd tid. Bristen på resurser medför svåra problem. För socialförsäkringens del utgör detta — som utvecklats i föregående kapitel — ett hinder för en ur samhällets och de försäkrades synpunkter tillfredsställande handläggning av framför allt ärenden rörande förtidspension. Beredningen har i andra sammanhang ansett att även anordningar av provisorisk karaktär kan försvaras om därigenom en snabb ökning av rehabiliteringsmöjligheterna skulle erhållas. Med hänsyn härtill anser beredningen det icke böra möta större betänkligheter att för en tid behålla existerande anordningar, som kan beräknas till viss del fylla luckorna under rehabiliteringsorganisationens uppbyggnadsskede, även om de representerar en organisationsform som på längre sikt knappast ter sig rationell.

Av betydelse i detta sammanhang är också, att en inte obetydlig övergångstid torde erfordras för avveckling av riks-försäkringsverkets sjukvårdande verksamhet i övrigt sedan överenskommelse i saken träffats mellan staten och sjukvårdshuvudmännen. Såsom utredningen rörande pensionsstyrelsens sjukvårdande verksamhet framhållit torde vårdplatser vid de tre sjukhusen under denna övergångstid erfordras för att säkerställa att vårdmöjligheterna för reumatikerpatienter m. fl. inte minskas.

Sjukhuset i Nynäshamn har försetts med en rehabiliteringsavdelning med utrustning för funktionsuppövning och arbetsprövning samt arbetsträning i verkstads- och kontorsmiljö. Innan så skedde var ärendet föremål för remiss till CRB, som i yttrande den 7 maj 1962 bl. a. anförde följande.

Beredningen finner det på av riks-försäkringsverket anförda skäl i dagens läge angeläget att — med den brist på vård- och rehabiliteringsresurser, som föreligger för bl. a. de patientgrupper, som vårdas på sjukhuset — den nu föreliggande möj-

ligheten att snabbt öka vård- och behandlingsresurserna tillvaratages. Ehuru viss osäkerhet råder om sjukhusets framtida användning har beredningen därför funnit sig böra tillstyrka den av riksförsäkringsverket gjorda framställningen.

Beredningen förutsätter — med tanke på en eventuell senare förändring av verksamheten i samband med ett överförande till kommunal huvudman — att vid denna planering visst samråd sker även med Stockholms läns landsting.

Avsikten är att vården av patienterna på sjukhuset i Nynäshamn skall fullföljas så långt att vid utskrivningen, i den utsträckning så är möjligt, klarlagts huruvida patienten kan återgå i tidigare arbete eller, om så ej är fallet, vilka förutsättningar han har för att fullgöra annat arbete.

Den svaghet, som ligger i sjukhusets avsaknad av nära anknytning till specialkliniker av olika slag, torde kunna i tillfredsställande omfattning motverkas genom samarbete med andra sjukhus i Stockholms stad och län och den särskilda rehabiliteringsexpertis, som där kan stå till förfogande. Ett organiserat samarbete med arbetsnämnden i Stockholm och länsarbetsnämnderna samt den kommunala arbetsvården är också en förutsättning för verksamhetens integrering i den allmänna rehabiliteringsorganisationen.

Även sjukhuset i Tranås har tillgång till verkstäder för arbetsträning och andra resurser för arbetsprövning. Verksamheten där bör likaså tills vidare kunna bedrivas enligt ungefär samma riktlinjer.

Beredningen anser, att ifrågakvarande sjukhus under avsevärd tid kommer att fylla ett behov av resurser för medicinsk rehabilitering som inte kan beräknas bli tillgodosett på annat sätt. Någon förändring i fråga om huvudmannaskapet för sjukhusen har beredningen icke heller bedömt som omedelbart aktuell.

Enligt beredningens mening är det inte möjligt att för närvarande med någon säkerhet förutse när förhållandena blir sådana att sjukhusen kan avvecklas. Det kan inte uteslutas att det, även sedan en betydande utbyggnad av den allmänna rehabiliteringsorganisationen kommit till stånd, kan visa sig lämpligt att socialförsäkringens organ disponerar åtminstone några resurser för sjukhusvård. Så kan bl. a. tänkas bli fallet för att nedbringa väntetiderna för pensionssökande från sjukvårdsområden där sjukvårdsorganisationen av särskild anledning är hårt ansträngd. Enligt beredningens mening bör erfarenheterna under den kommande tiden få bli avgörande för ställningstagandet i angivna hänseende.

Vad nu sagts rörande sjukhusen i Nynäshamn och Tranås gäller till stor del även sjukhuset i Åre. I fråga om detta sjukhus föreligger därjämte särskilda omständigheter i det att sjukhuset i så stor utsträckning — mer än hälften av vårdplatserna — utnyttjas för astmapatienter. Vid remissbehandlingen av förenämnda utredningsförslag kom olika meningar till uttryck rörande värdet av klimatterapi mot astma. Enligt vad beredningen inhämtat skulle det i hithörande fall stundom röra sig om psykosomatiska tillstånd,

vid vilka bl. a. en aktiv konvalescens och miljöombyte — eller sålunda en form av rehabiliteringsverksamhet — skulle vara till nytta. Till rent medicinska frågor rörande behandlingen av ifrågavarande sjukdom synes det emellertid icke böra ankomma på CRB att ta ställning.

Då kostnadsfrågorna torde tillhöra de frågor, som enligt det förut återgivna uttalandet av chefen för socialdepartementet skall bli föremål för överläggningar med sjukvårdshuvudmännen, har beredningen ej ansett sig ha anledning gå in på dem i detta sammanhang.

KAPITEL 7

Principerna för utbyggnaden och samordningen av den allmänna rehabiliteringsorganisationen

I direktiven för centrala rehabiliteringsberedningen (CRB) har rehabilitering beskrivits som en verksamhet, vilken syftar till att återställa den fysiska och psykiska funktionsförmågan hos sjuka eller skadade människor eller att hjälpa dem att övervinna invaliditet så att de i görlig mån blir oberoende och självförsörjande. Huvudelementen i denna verksamhet anges vara sjukvård och arbetsvård.

Det har också framhållits i direktiven att — trots att vissa åtgärder i samordnande syfte kommit till stånd inom olika delar av rehabiliteringsområdet — frågan om en ändamålsenlig uppbyggnad av organisationen icke kan anses slutgiltigt löst. Vilka brister, som i dessa hänseenden föreligger, har närmare utvecklats bl. a. i CRB:s betänkande Samordnad rehabilitering, del 1 (SOU 1964: 50) och i tidigare kapitel av detta betänkande.

Som en huvuduppgift har CRB sett att framlägga *principiella riktlinjer* för en samordnad basorganisation för rehabiliteringsverksamheten inom en landstingskommun eller storstad samt inom en sjukvårdsregion. Som framhållits i skrivelsen till departementschefen avser CRB att — sedan vissa grundläggande utredningar rörande rehabiliteringsbehovens kvantitativa och kvalitativa omfattning verkställt — i ett senare betänkande återkomma med en mera *konkret plan* för hur de olika delarna av rehabiliteringsverksamheten skall kunna utbyggas och samordnas till en väl differentierad och smidigt fungerande organisation, som i första hand tar sikte på att skapa kontinuitet i rehabiliteringsprocessen.

Den 11 december 1962 överlämnade CRB med skrivelse till statsrådet och chefen för socialdepartementet en promemoria med riktlinjer för den allmänna rehabiliteringsorganisationen. Avsikten med denna promemoria var att på tidigast möjliga stadium av beredningens verksamhet anmäla CRB:s synpunkter på vissa frågor av grundläggande betydelse för att erforderlig planering och utbyggnad av rehabiliteringsverksamheten icke skulle onödigtvis fördröjas.

I detta syfte framhöll CRB som särskilt angeläget att vid och i anslutning till regionsjukhusen utan dröjsmål skapas resurser för en kvalificerad rehabiliteringsverksamhet samt för forskning och utbildning av rehabiliteringspersonal.

I övrigt inriktade sig CRB på att tillvarata befintliga resurser och framlagda programförslag inom sjuk-, social- och arbetsvård med de kompletteringar och jämkningar, som en ökad effektivitet och en nödvändig samordning kräver. Däremot ansågs icke krav böra ställas på en schematisk likriktning av de organisatoriska förhållandena under rådande dynamiska utvecklingsskede. En helhetssyn på den djupt integrerande del av hela området för sjukvård, arbetsvård och socialvård, som rehabiliteringsverksamheten utgör, var enligt CRB:s mening en avgörande förutsättning för rationella lösningar av de viktiga samordningsproblemen, icke minst under en utbyggnadstid, då provisorier av olika slag kan vara behövliga men måste inpassas i systemet på sådant sätt att felinvesteringar undviks och realisandet av en mera definitiv och rationell organisation icke försvåras.

I sitt förut nämnda delbetänkande har CRB redovisat de över denna promemoria avgivna remissyttrandena och i sina kommentarer sökt närmare analysera i vad mån de divergerande uppfattningar, som på några punkter kommit till uttryck, är av principiell innebörd eller närmast beror på den terminologiska oklarhet, vilken fortfarande synes råda inom vissa delar av rehabiliteringsområdet. I anslutning till denna analys har vissa aktuella problem upptagits till ytterligare diskussion och prövning.

Som grund för det fortsatta arbetet på en funktionell samordning och utbyggnad av rehabiliteringsorganisationen hemställer CRB att i huvudsak följande allmänna principer fastställs av statsmakterna med avseende på målsättningen för rehabiliteringsverksamheten och de krav denna målsättning ställer på utformningen av organisationen.

Målsättningen för rehabiliteringsverksamheten

Kravet på förstärkning av rehabiliteringsresurserna grundas främst på målsättningen att varje samhällsmedlem skall beredas möjlighet att efter sina förutsättningar leva i social och kulturell gemenskap med andra och göra en produktiv insats. Detta innebär bl. a. att de medicinska och andra resurser måste ställas till förfogande, som krävs för att de handikappade så vitt möjligt skall kunna psykiskt, fysiskt, socialt och arbetsmässigt återvinna sin funktionsförmåga och leva ett aktivt liv.

Utöver sitt syfte att tillgodose detta rättvisekrav har rehabiliteringen också en samhällsekonomisk och arbetsmarknadsmässig motivering. I samband med de 1962 beslutade socialförsäkringsreformerna har sålunda framhållits, att effektiva rehabiliteringsformer utgör det kanske viktigaste botemedlet mot en ökad belastning på såväl sjukförsäkringen som förtidspensioneringen.

Även när det gäller handikappade, som icke kan bli i stånd till en direkt arbetsinsats, har konstaterats att åtgärder för funktionsförbättring och aktivering — utöver det humanitära värdet — i stor utsträckning skapar sitt

eget ekonomiska underlag. En effektiv verksamhet för bl. a. åldringar och långtidssjuka kan sålunda — i rådande läge med förutsedd fortsatt knapphet på personal för vårduppgifterna under avsevärd tid framåt — måhända underlätta för samhället att möta de växande krav på den slutna vårdorganisationen, som ökningen inom de högre åldersgrupperna av befolkningen kan väntas medföra. Det anförda innebär att ifrågavarande åtgärder även inom åldrings- och långtidsvården är att hänföra till rehabilitering.

I överensstämmelse med modern internationell syn på rehabiliteringsfrågorna faller även åtgärder av förebyggande art samt en allmän samhällsplanering, som kan underlätta en självständig tillvaro för sjuka och handikappade, inom rehabiliteringsområdet.

Klienteletts sammansättning

För att den angivna målsättningen skall kunna realiseras måste rehabiliteringsmöjligheter föreligga för alla, som är i behov därav.

Medan tonvikten i rehabiliteringsdiskussionen hittills traditionellt främst kommit att ligga på vissa 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.

Utöver de mera "klassiska" handikappgrupper, som tidigare uppmärksammats (vanföra, döva, blindade etc.), har alltmer insetts det omfattande rehabiliteringsbehov, som föreligger hos många andra patientgrupper inom såväl akut- som långtidssjukvården. På senare tid har klarare insetts behovet av ökade rehabiliteringsresurser för bl. a. mentalsjukvårdens patienter, de psykiskt utvecklingsstörda, vårdtagarklientelet inom socialvård, nykterhets- och kriminalvård och andra speciella grupper. Inte minst för sjuka och handikappade barn och ungdomar samt inom åldringsvård och åldringsjukvård föreligger ett mycket stort behov av sådana resurser.

Som framhållits i vissa remissyttranden över CRB:s promemoria torde planeringen av olika rehabiliteringsinstitutioner hittills ofta ha skett med det renodlat somatiska klientelet för ögonen, vilket inneburit att resurserna varit otillräckliga när de psykiskt avvikande, sjuka eller mognadsstörda strömmat till.

Vid den klassificering av rehabiliteringsfallen, som måste ligga till grund för uppbyggandet av en rehabiliteringsorganisation avsedd att tillgodose alla olika behov, är det även angeläget att hålla i minnet att rehabiliteringsbehovet i det enskilda fallet ofta har en betydligt mera komplicerad bakgrund än enbart den sjukdom eller det handikapp, som närmast ansetts aktualisera rehabiliteringsåtgärder. Detta innebär att den huvuddiagnos, som föranlett rehabiliteringsåtgärder, ofta måste omprövas.

Erfarenheten visar sålunda att icke blott svåra utan även till synes lindriga fysiska eller psykiska sjukdomar och handikapp ej sällan leder till varaktig invalidisering och arbetsoförmåga på grund av exempelvis allmän fysisk eller psykisk kraftnedsättning, otillfredsställande bostads- och familjeförhållanden, långt avstånd eller dåliga kommunikationer mellan hemmet och den aktuella arbetsplatsen etc. Svårare och mera långvariga fysiska sjukdomar och skador inverkar praktiskt taget alltid också på patientens psykiska status, inte sällan i form av depressions- och insufficiensstillstånd eller orealistisk inställning till rehabiliteringsmöjligheterna, vilket kräver hänsynstagande och behandling i samband med rehabiliteringen.

Vidare kan konstateras att patienter med likartade problem ofta återfinnes i skilda vårdsammanhang. Inom den somatiska sjukvården förekommer i stor utsträckning patienter, som även företer psykiska störningar och besvär. I en del fall anses härvid ett sådant samband föreligga att man talar om psykosomatiska sjukdomstillstånd. På samma sätt förekommer inom såväl öppen som slutent mentalsjukvård patienter med akuta eller kroniska somatiska sjukdomstillstånd. Likartat är förhållandet i fråga om kriminal- och nykterhetsvårdens klienter. Slutligen må erinras om att de i rehabiliteringshänseende kanske svåraste fallen ofta tillbringar olika perioder under en stor del av livet inom vårdinstitutioner av skiftande slag och dessemellan är föremål för olika åtgärder i öppen vård hos olika social- och sjukvårdsorgan.

Vid rehabiliteringsorganisationens utbyggnad är det av vikt att rehabiliteringsresurserna även för öppen vård dimensioneras på ett sätt som motsvarar det verkliga behovet såväl när det gäller somatiskt som psykiskt eller socialt handikappade.

Behovet av kartläggning av rehabiliteringsklientelet

Vad ovan anförts vittnar om nödvändigheten av att både den allmänna basorganisationen för rehabiliteringsverksamheten och de speciella resurser för rehabiliteringsverksamhet, som därutöver erfordras, grundas på en mera realistisk uppfattning om omfattningen och arten av rehabiliteringsklientelet och de faktiska rehabiliteringsbehoven än den man hittills utgått ifrån. De allmänna principerna för rehabiliteringsverksamheten, som i det följande anges, torde dock vara tillämpliga i fråga om samtliga grupper. Den psykiatriska, psykologiska och socialmedicinska expertis, som alltid bör vara företrädd i rehabiliteringsarbetet, måste emellertid få en särskilt framträdande roll i fråga om vissa patientgrupper.

När det gäller en kartläggning av rehabiliteringsklientelet sammansättning och fördelning som underlag för den fortsatta planeringen av rehabiliteringsorganisationen kräves siffermässigt underbyggda prognoser av hög

kvalitet. Det är dock icke tillräckligt att sådana beräkningar verkställes enbart beträffande vissa patientkategorier eller vissa former av rehabiliteringsåtgärder, då härigenom risker för felbedömningar visat sig uppstå. Vid en summering av olika sådana beräkningar kan lätt riskeras att en del patienter och deras behov blir dubbelräknade, medan andra förbises. Återkommande inventeringar av rehabiliteringsbehoven är nödvändiga eftersom dessa icke är statistiska utan påverkas bl. a. av förändringar i sjukdomspanoramats samt av den medicinska och tekniska utvecklingen och den allmänna samhällsutvecklingen i övrigt.

Behovet av vissa slag av rehabiliteringsåtgärder är också starkt beroende av tillgången till rehabiliteringsverksamhet i andra former. Sålunda kan t. ex. en effektivisering av formerna för medicinsk rehabilitering öka möjligheterna för vissa patienter att direkt återgå till tidigare arbete och därigenom minska behovet av arbetsträning och omskolning. Å andra sidan kan en sådan effektivisering också medföra att åtskilliga fall, som tidigare bedömts sakna varje möjlighet till produktiv verksamhet, kan ifrågakomma även för yrkesmässiga rehabiliteringsåtgärder.

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

De särskilda möjligheter till kartläggning av rehabiliteringsklientelet och rehabiliteringsbehoven, som erbjudes genom härpå inriktade inventeringar av sjukvårdens och pensionsdelegationernas klientel, har i detta sammanhang uppmärksamrats. I detta syfte har bl. a. chefen för socialdepartementet medgivit CRB att låta bearbeta ett i Malmö insamlat material angående s. k. 90-dagarsfall såsom underlag för en bedömning av behovet av rehabiliteringsresurser m. m. Även andra slag av undersökningar erfordras dock.

Sjukförsäkringens 90-dagarsfall visar exempelvis icke utan ytterligare analys hur stor del av vård- och rehabiliteringsresurserna som behöver tagas i anspråk av en relativt sett liten grupp av svårt sjuka och handikappade. Som framhållits av ordföranden i Handikapporganisationernas centralkommitté, generaldirektör Richard Sterner, torde det för en kartläggning vara nödvändigt med ingående undersökningar, innefattande bl. a. läkarundersökningar av samlingar av hela befolkningen.

Som angivits i missivskrivelsen i detta betänkande förbereder CRB — under medverkan av bl. a. socialmedicinsk, sociologisk och statistisk sakkunskap — en speciell undersökning, förlagd till Västernorrlands län och eventuellt ytterligare något område, för att närmare kartlägga och inventera rehabiliteringsklientelet och rehabiliteringsbehoven. Utom det direkta värde denna undersökning bör kunna få för de berörda huvudmännen avser CRB att på detta sätt söka utpröva en modell för sådana undersökningar, vilken

måhända kan visa sig användbar vid inventeringar också inom andra sjukvårdsområden.

Betydelsen av tidigt insatta rehabiliteringsåtgärder

Åtskilliga undersökningar har visat att i många fall tiden för en framgångsrik rehabilitering försuttits, innan behovet uppmärksammats. Det kroniska vårdtagarklientelet inom social-, nykterhets- och kriminalvård utgöres till stor del av tidigare medicinskt och socialt försummade fall, ofta med psykiska defekter. Själva anstaltsmiljön inom vissa vårdformer har, åtminstone i sin tidigare utformning, ofta bidragit till en fysisk och psykisk nivå-sänkning, som försvårat en återgång till arbetet och samhällslivet. Dessa erfarenheter ställer krav på en sådan förändring att rehabiliteringssynpunkterna redan på mycket tidigt stadium får prägla inriktningen av vården såväl vid som utanför sjukhus. Också den individuella förebyggande vården i form av hälsoundersökningar, värnpliktsundersökningar m. m. bör vara inriktad på att uppmärksamma problem, som kan leda till nedsatt social anpassning och arbetsförmåga.

För att garantera tidiga rehabiliteringsåtgärder torde bl. a. genom vederbörande myndigheters och huvudmäns försorg anvisningar böra utfärdas till de berörda personalgrupperna 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 tillgodo-seende. Stöd bör även ges åt den informationsverksamhet i sådant syfte som bedrivs av olika organisationer, engagerade i rehabiliteringsverksamhet i skilda former.

Inte minst betydelsefullt för en rehabilitering på tidigt stadium är att såväl för enskilda företag som för statlig och kommunal verksamhet skapas goda personalvårdande resurser och en hälsovårdsorganisation, som kan angripa många rehabiliteringsproblem, innan de resulterat i och av den enskilde upplevts som ett misslyckande. Detta förutsätter ett nära samarbete med den allmänna rehabiliteringsorganisationen.

Utbyggnaden av rehabiliteringsorganisationen

Den allmänna basorganisationen

Ett systematiskt uppspårande av rehabiliteringsbehoven ställer såväl kvalitativt som kvantitativt stora krav på rehabiliteringsorganisationens utbyggnad. Härigenom accentueras den påtagliga och oroväckande bristen på personal med erforderlig utbildning både för medicinsk och yrkesmässig reha-

bilitering. Som förut nämnts är — utom behovet av rehabiliteringsforskning — behovet av ökade utbildningsresurser ett av de viktigaste motiv som anförts för att utbyggnaden av *rehabiliteringsorganisationen vid och i samverkan med regionsjukhus* bör tillerkännas hög prioritet. Genom den föreslagna prioriteringen torde huvudmännen inom de enskilda sjukvårdsområdena kunna räkna med att snabbare erhålla kvalificerade sökande till de tjänster som inrättas. En samordning av utbildnings- och utbyggnadsprogrammen är en förutsättning för att maximal effekt skall nås av de investeringar och andra insatser som göres. Sedan numera en väsentlig utvidgning av utbildningskapaciteten för vissa kategorier av rehabiliteringspersonal beslutats av statsmakterna har också institutioner för sådan utbildning upptagits inom ramen för utbyggnaden av rehabiliteringsorganisationen vid flera region-sjukhus.

Det anförda innebär icke att kvalificerad rehabiliteringsvård och forskning skall utgöra en direkt regionspecialitet. Som framhållits av vissa remissinstanser i yttrande över CRB:s PM 1962 synes det antagligt att en utbyggnad av rehabiliteringsresurserna vid och i anslutning till centrallasaretten successivt kan komma att minska antalet fall i behov av remiss till resurser på riks- eller regionnivå, icke minst när det gäller den yrkesmässiga rehabiliteringen, där anknytningen till hemorten och dess näringsliv ofta kan vara utslagsgivande för rehabiliteringsresultatet.

I basorganisationen för rehabiliteringsverksamheten inom varje landstingsområde och storstad bör ingå allmän 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.

Enligt den uppfattning, som framförts av medicinalstyrelsen i VPM år 1954 angående behovet av utbyggd medicinsk rehabiliteringsverksamhet inom lasarettsvården och i råd och anvisningar år 1964 rörande allmänt medicinska rehabiliteringskliniker vid centrallasarett, föreligger behov av särskilda vårdplatser vid rehabiliteringsklinikerna. Denna uppfattning delas av CRB. Platsantalet måste härvid bestämmas med hänsyn till flera olika faktorer såsom upptagningsområdets storlek, antalet och arten av sjukvårdsinrättningarna inom landstingsområdet, kommunikationerna etc. Även förläggningmöjligheter i form av patienthotell, särskilda inackorderingshem etc. bör stå till förfogande. Vidare bör finnas en eller flera med rehabiliteringsklinikerna samverkande institutioner för arbetsträning samt för skyddad verksamhet. Härvid bör arbetsträningsverkstäder med härför lämpligt läge kunna utnyttjas för den yrkestekniska arbetsprövningen eller del av denna utan att verkstädernas organisatoriska inplacering i rehabiliterings-systemet därför behöver rubbas. Rehabiliteringsverksamheten bör bedrivas i nära samarbete med länsarbetsnämndernas organ.

Vissa former av rehabilitering bör även bedrivas i anslutning till de mindre lasaretten, tjänsteläkarstationerna och företagsläkarmottagningarna.

Arbetsträning och skyddad verksamhet bör alltid stå under betryggande medicinsk kontroll, då i många fall brister föreligger i patienternas fysiska och psykiska hälsotillstånd, vilka måste följas med uppmärksamhet och bli bestämmande för arbetsbelastningen och uppträningen.

Den påbörjade utbyggnaden av rehabiliteringskliniker, träningsverkstäder och anordningar för skyddad sysselsättning i de olika sjukvårdsområdena bör fullföljas och resurserna dimensioneras under rationell samplanering med hänsyn till det inom varje område föreliggande behovet.

Den allmänna basorganisation för rehabiliteringsverksamheten, som ovan skisserats, bör utgöra kärnan i den samlade rehabiliteringsverksamheten inom varje sjukvårdsområde. Där tillgänglig expertis kommer helt naturligt att anlitas såväl av enskilda som av myndigheter inom olika vårdformer för konsultationer rörande problematiska fall av skilda slag.

Tillkomsten av här nämnda allmänna rehabiliteringskliniker får givetvis icke innebära att de övriga sjukhusklinikerna ställes utan rehabiliteringsresurser men avvägningen av dessa torde i regel 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 allmänna rehabiliteringsklinikerna har till förfogande.

Speciella organisationsformer

Som redan i det föregående antytts erfordras vid sidan av den allmänna basorganisationen särskilda kompletterande anordningar för rehabilitering av vissa patientkategorier såväl inom den institutionella vården som utanför denna. Behov härav förligger uppenbart för vissa grupper av *sjuka och handikappade barn och ungdomar*.

Enligt den allmänt godtagna normaliseringsprincipen bör man i största möjliga utsträckning inom de vanliga vård-, undervisnings- och utbildningsinstitutionerna skapa erforderliga resurser för omhändertagande även av sådana barn och ungdomar. Detta innebär att en anpassning av den allmänna samhällsplaneringen på dessa områden med hänsyn härtill måste ske. För svårare eller mera komplicerade fall föreligger dock behov av speciellt för dem tillrättalagda vård- och undervisningsformer. Med denna principiella inställning överensstämmer väl att för grupperna psykiskt utvecklingsstörda, blinda, döva och epileptiska barn sådana särskilda vårdorganisationer är under utbyggnad. Detta gäller även de genom beslut av 1961 års riksdag fastställda riktlinjerna för omhändertagande av svårt rörelsehindrade barn och ungdomar. Dessa riktlinjer har vidareutvecklats i ett av experter hos CRB avgivet betänkande (socialdepartementet 1964:2) och beredningens den 13 juli 1964 däröver avgivna yttrande, vars synpunkter refererats i CRB:s

skrift Vård och undervisning av barn och ungdom med vissa fysiska handikapp samt vanförestaltnernas framtida ställning (socialdepartementet 1964:8). Som däri framhålles bör enligt CRB:s mening barn- och ungdomsrehabiliteringen organiseras i nära anslutning till regionsjukhusens och centrallasarettens barn- och ungdomskliniker.

I berörda sammanhang har också frågorna om *intensifiering av hälsokontrollen för barn i viss ålder* och om *registrering* av vårdbehövande barn tagits upp och föreslagits bli föremål för närmare utredning i syfte att uppsåra fallen på ett tidigt stadium.

Även inom *åldringsvården* samt *långtidssjukvården*, inom vilken de högre åldersgrupperna dominerar, är det angeläget att rehabiliteringsbehoven tillgodoses på ett tillfredsställande sätt och att erforderlig samordning äger rum mellan olika perifera vårdinstitutioner och öppen vård samt centrallasarett och regionsjukhus. I vilken utsträckning patienterna inom den fysiska och psykiska långtidsvården skall vara hänvisade enbart till rehabiliteringsresurserna inom dessa vårdformer eller — allt efter sina individuella behov — därjämte kunna utnyttja basorganisationens rehabiliteringsresurser är en fråga, som knappast kan generellt regleras. Som framhållits bl. a. i 1964 års generalplan för Karolinska sjukhusets utbyggande måste här ske en individuell bedömning.

För närvarande är rehabiliteringsresurserna inom *mentalsjukvården* påfallande små, vilket framgår bl. a. av de uppgifter som lämnats i medicinalstyrelsens yttrande över beredningens promemoria. Utbyggnaden av en effektiv rehabiliteringsverksamhet för mentalsjuka inom och utanför sjukhus är en fråga av sådan omfattning, att den — som CRB i annat sammanhang uttalat — bör bli föremål för utredning i särskild ordning. De punktvis spridda initiativ, som redovisats i vissa remissyttranden över promemorian 1962, är värdefulla men torde behöva sättas in i ett större rehabiliteringssammanhang, om avsedd effekt skall nås. Inför det förestående landstingsövertagandet av mentalsjukvården synes det vara en fråga av hög angelägenhetsgrad att de för denna vård speciella rehabiliteringsformerna närmare utreds och att program som tillgodoser berörda behov uppgöres.

Inga vattentäta skott mellan rehabiliteringsformerna

Att överblicka det behov av speciella anordningar, som kan komma att göra sig gällande för olika grupper av sjuka och handikappade, är idag icke möjligt. Desto angelägnare är det att inga vattentäta skott upprättas mellan olika rehabiliteringsformer utan att resurserna utnyttjas på effektivast möjliga sätt med hänsyn till de individuella behoven. Det har tidigare nämnts att rehabiliteringsklinikerna i stor utsträckning måste få till uppgift att slussa patienterna till de olika institutioner och vårdformer, som kan antagas bäst tillgodose deras rehabiliteringsbehov. Det måste också förutsättas att dessa

kliniker har ett förstahandsansvar för att möjligheter till rehabilitering beredes dem som tillhör grupper, för vilka speciella rehabiliteringsformer icke står till förfogande.

Över huvud taget synes det naturligt att de olika rehabiliteringsresurser, som successivt ställes till förfogande, skall kunna tagas i anspråk för de fall som behöver dem utan alltför strikta gränsdragningar mellan skilda klientelgrupper. 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, som gjort sig skyldig till kriminella handlingar eller som har alkoholproblem, för sin rehabilitering vara i behov av hjälpåtgärder inom ramen för den allmänna rehabiliteringsverksamheten. Sådan hjälp lämnas givetvis redan nu i mån av resurser. Ett generellt avvisande av vissa klientelgrupper från exempelvis de medicinska rehabiliteringsklinikernas verksamhetsområde eller över huvud taget från området för medicinsk rehabilitering, såsom förordats i vissa remissyttranden över promemorian, synes sålunda icke böra komma ifråga.

Detta förutsätter att de medicinska rehabiliteringsklinikerna till hela sin uppläggning skall vara inriktade på en vidare uppgift än att vara behandlingsavdelningar i huvudsak endast för rörelsehindrade och sålunda icke vara i så hög grad utformade enbart för sistnämnda klientel som medicinalstyrelsen synes ha tänkt sig i sina den 30 april 1964 utfärdade råd och anvisningar för rehabiliteringskliniker vid centrallasarett. Särskilt om — i enlighet med föreliggande planer — mentalsjukhusen allt mera integreras i den allmänna lasarettsvården och även lokalt inplaceras som en del av denna, är det naturligt att även för dessa sjukhuspatienter rehabiliteringsklinikerna och den till dem anknutna organisationen bör kunna utnyttjas som komplettering till de särskilda rehabiliteringsresurserna inom vårdenheterna för mentalsjukvård. Detta överensstämmer bl. a. med den nyligen framlagda generalplanen för Enskededalens sjukhus.

Betydelsen av tillgång till psykiatrisk, psykologisk och socialmedicinsk expertis inom rehabiliteringsverksamheten har i det föregående starkt understrukits. 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 haft resurser för.

I den mån särskilda *socialmedicinska avdelningar vid lasarett* inrättas, torde dessa komma att tillsammans med rehabiliteringsklinikerna och i intill samverka med dem dela ansvaret för rehabiliteringsverksamheten.

Frågan om *ansvaret för rehabilitering under sjukhusvård* har sedan CRB avgav sin promemoria i december 1962 upptagits till närmare behandling i

medicinalstyrelsens ovannämnda råd och anvisningar rörande medicinska rehabiliteringskliniker vid centrallasarett. I dessa har bl. a. diskuterats i vad mån planeringen av den medicinska rehabiliteringen vid ett sjukhus bör baseras på en "horisontell" eller "vertikal" organisation av verksamheten. En renodlat vertikal organisation skulle innebära att vederbörande behandlingsläkare inom akutsjukvården i princip skulle följa sina patienter under hela rehabiliteringsprocessen till dess den återanpassning i samhälls- och arbetslivet skett, vilken i det enskilda fallet bedömes som möjlig. En renodlat horisontell planering skulle innebära, att ansvaret för sjukhusets rehabiliterande verksamhet helt överläts på en speciell institution. CRB har i likhet med medicinalstyrelsen funnit det uppenbart att varken den "vertikala" eller den "horisontella" principen ensam kan bli utslagsgivande och att det är angeläget att ge organisationen av rehabiliteringen vid ett sjukhus en flexibel karaktär. I stor utsträckning måste de enskilda fallens art och problem bli avgörande för den praktiska ansvars- och arbetsfördelningen. Inom vissa specialiteter är det naturligt att behandlingsläkaren under längre tid tar en mera aktiv del i rehabiliteringen än inom andra. De resurser i fråga om specialutbildad personal, teknisk utrustning, lokalutrymmen samt områden för utomhusaktiviteter, vilka en allsidig kvalificerad rehabiliteringsverksamhet kräver, torde dock icke i hela sin omfattning kunna tillhandahållas separat för det mera begränsade antalet rehabiliteringsfall inom ett flertal olika vid sjukhuset representerade specialiteter.

Principiellt måste emellertid alltid förutsättas att den för sjukvården av en patient främst ansvarige läkaren har det primära ansvaret för att patientens rehabiliteringsbehov blir tillgodosett antingen genom läkarens egen och den honom underställda behandlingspersonalens försorg eller genom inkopplande av annan sakkunskap. Beträffande de allmänna rehabiliteringsklinikerna liksom också beträffande de socialmedicinska avdelningarna, i den mån sådana kommer att inrättas, bör gälla, att de i stor utsträckning kommer att tagas i anspråk som serviceorgan men att läkarna vid dessa institutioner också får ett förstahandsansvar för de patienter som direkt eller indirekt hänvisas till dem, varvid behandlingsläkaren i regel inträder som konsult beträffande patientens fortsatta sjukvård och därmed sammanhängande åtgärder och bedömningar.

Den här berörda frågan om den praktiska fördelningen av ansvaret för rehabiliteringen under sjukhusvård sammanhänger givetvis med de i det föregående diskuterade frågorna om vilka arbetsuppgifter, som skall åvila rehabiliteringsläkarna, och om rehabiliteringsklinikernas utformning med hänsyn till olika patientgruppers behov, bl. a. deras tillgång till konsulter av skilda slag samt tillgången till särskild socialmedicinsk och annan expertis. Givetvis måste även kompetenskraven för rehabiliteringsläkare utformas med hänsyn till dessa faktorer.

De olika leden i rehabiliteringsverksamheten

Vid de kartläggningar av rehabiliteringsklientel och rehabiliteringsbehov, som förut angivits som nödvändiga, är det inte minst viktigt att undersöka arten och omfattningen av rehabiliteringsbehovet hos *akutsjukvårdens* patienter såväl inom olika specialiteter som inom den vård som bedrivs av allmänpraktiker. Även om procenttalen varierar, vittnar både utländska erfarenheter och vissa i Sverige, bl. a. under ledning av professor Gunnar Inghe, bedrivna undersökningar om att en procentuellt icke obetydlig del av akutsjukvårdens patienter har behov av rehabiliteringsåtgärder i större eller mindre utsträckning. Dessa behov kan och bör i många fall tillgodoses genom lämpliga åtgärder redan under själva akutsjukvårdsstadiet och utgör i många fall ett naturligt led i denna vård. I andra fall kan under detta stadium endast vissa förberedande rehabiliteringsåtgärder komma till stånd, varvid det emellertid kan vara av stor betydelse att samtidigt en planering sker av de rehabiliteringsåtgärder, som på längre sikt kan komma ifråga. Redan på detta stadium kan företrädare för arbetsförmedling och yrkesinriktad rehabilitering behöva konsulteras.

Det bör ingå i rutinen vid utskrivning från akutsjukvården att tillse att sociala och andra problem, vilka kan försvåra återgången till normala levnadsförhållanden, icke lämnas obeaktade. De brister, som föreligger i dessa hänseenden, har framhållits av företrädare för olika specialiteter. Bl. a. har professor Tore Broman och med. lic. A. M. Lindberg-Broman exemplifierat de svårigheter och problem, som uppstår genom att resurser saknas för att fullfölja rehabiliteringen så att patienten kan fungera i sin sociala miljö och utnyttja arbetsvårdens resurser. Härvid har också framhållits att — utöver den fortsatta rehabiliteringsverksamhet inom vissa specialiteter, som man måste räkna med särskilt på regionnivå — ett klart behov föreligger av allmänna medicinska rehabiliteringskliniker och socialmedicinska avdelningar.

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, inträder ofta behov av en med hänsyn till falllets art utformad *eftersjukvård*. Som förut framhållits torde allmänna rehabiliteringskliniker och därtill knuten expertis erbjuda den lämpligaste formen av eftersjukvård för ett stort antal fall.

Dessa kliniker förutsättes förfoga över erforderliga resurser för en allsidig bedömning och uppträning av patienternas fysiska, psykiska, sociala och arbetsmässiga funktionsförmåga. Åtskilliga av dessa resurser måste finnas inom ramen för klinikerna medan ifråga om andra gäller att de, även om de ej alltid direkt ingår inom denna ram, dock skall kunna utnyttjas för verksamheten inom klinikerna. Detta gäller exempelvis fysiologiska (särskilt arbetsfysiologiska) och psykologiska laboratorieresurser liksom även vissa resurser för yrkesteknisk prövning och träning. Bland rehabiliteringsklini-

kens aktiviteter kan nämnas fysikalisk terapi och sjukgymnastik, psykoterapi, ADL-träning och arbetsterapi, den sistnämnda omfattande jämväl industriell arbetsterapi, samt social utredning och rådgivning, eventuellt gemensamt med särskild socialmedicinsk avdelning.

Någon skarp gräns mellan industriell arbetsterapi och arbetsträning torde knappast kunna uppdragas. I båda fallen måste behandlingssynpunkterna dominera och produktionssynpunkterna underordnas dessa. I båda fallen torde det också i regel vara nödvändigt att för verksamheten anställa verkstadsledare med speciell utbildning. I medicinalstyrelsens råd och anvisningar 1964 har även framhållits att inom den industriella arbetsterapin bör föreligga sådana resurser att en viss arbetsförmågebedömning och anlägsprövning kan ske, vilken i många fall är tillräcklig för att vederbörande skall kunna placeras i lämpligt arbete. Enligt ifrågavarande råd och anvisningar bör inom en rehabiliteringsklinik också finnas möjlighet till arbetsträning inom exempelvis kontorsarbete, trädgårdsarbete m. m. Som förut nämnts har i samband med förläggandet av avdelningar för mentalsjukvård inom centrallasaretten på en del håll framlagts förslag om anordnande av egentliga arbetsträningsverkstäder inom ramen för planeringen av sådana sjukhus och deras rehabiliteringsorganisation. Även de kommunala träningsverkstäderna utanför sjukhusen bör kunna utnyttjas för den yrkestekniska delen av prövning och uppträning av rehabiliteringsklinikernas patienter, i den mån de är belägna så att en intim samordning kan ske mellan den medicinska och arbetsmässiga rehabiliteringen. *Detta innebär icke — vilket även tidigare framhållits av CRB — krav på överflyttning av träningsverkstäder till sjukhusorganisationen. Däremot synes det ur funktionssynpunkt lämpligt att rehabiliteringsklinikernas medicinska personal svarar för de medicinska uppgifterna även inom träningsverkstäderna samt att den yrkestekniska personalen vid de sistnämnda liksom också tjänstemännen inom den statliga arbetsvården vid behov medverkar i arbetet vid rehabiliteringsklinikerna.*

För att ADL-träning skall kunna bedrivas, fordras bl. a. att vid klinikerna finnes särskilda träningslägenheter. Sådana bör finnas även vid större träningsverkstäder utanför sjukhus.

Som tidigare nämnts föreligger behov av särskilda rehabiliteringsinstitutioner inom vissa specialiteter utöver den här behandlade basorganisationen för den medicinska rehabiliteringsverksamheten. Såväl medicinska som organisatoriska skäl kan ofta åberopas för rehabiliteringsåtgärder och eftervård i anslutning till akutsjukvården; detta gäller t. ex. inom mentalsjukvården, vården av hörsel- och synskadade och fall med talrubbingar etc. Behov av särskilda resurser har också ansetts föreligga i fråga om neurologisk och ortopedisk rehabilitering, i första hand på regionnivå.

Medan rehabiliteringsklinikernas uppgift att fungera som behandlingsinstitutioner knappast torde ha ifrågasatts, har deras uppgifter som funk-

tions- och arbetsdiagnostiska utredningsorgan, innefattande även deras uppgifter i fråga om *arbetsprövning*, väckt mer diskussion. Med hänsyn härtill torde det finnas anledning att särskilt understryka det i och för sig självklara förhållandet att till grund för rehabiliteringsklinikernas behandling av sina fall såväl på kortare sikt som när det gäller mera långsiktiga åtgärder och bedömningar — liksom för behandlingen vid alla andra kliniker — måste ligga grundläggande utredningar av hälsotillstånd och funktionsförhållanden av betydelse för behandlingens utformning. Fortlöpande diagnostisk verksamhet och kontroll i anslutning till behandlingen är också nödvändig för att mäta och värdera inträffande förändringar, vilka i sin tur kan påverka den fortsatta behandlingen och rehabiliteringsprogrammet.

Stundom har hävdats att rehabiliteringsklinikernas uppgifter i dessa hänseenden skulle inskränka sig till en funktionsprövning, medan arbetsprövningen skulle tillhöra området för den sociala rehabiliteringen. Bakom denna uppfattning torde ligga, att man ger ordet arbetsprövning en innebörd, närmast motsvarande vad CRB betecknat som den yrkestekniska delen av arbetsprövningen. Enligt den av CRB använda definitionen, till vilken medicinalstyrelsen — bl. a. enligt ett uttalande av generaldirektör Engel den 11 augusti 1964 — givit sin anslutning, avser man med arbetsprövning att fastställa en persons fysiska, psykiska, sociala och yrkestekniska funktions- och arbetsförmåga. Denna förmåga måste ställas i relation till de för vederbörande aktuella kraven då det gäller det dagliga livets aktiviteter liksom också till de arbetskrav som kan vara aktuella för vederbörande.

Som framhållits i kapitel 5 är den allmänna försäkringens organ i mycket stort behov av resurser för en dylik allsidig prövning för att i svårbedömda fall avgöra om sådana förhållanden föreligger att exempelvis sjukpenning, sjukbidrag eller förtidspension skall utgå. Härvid är alltid fråga om en kombinerad bedömning av medicinska faktorer och härpå grundad nedsättning av arbetsförmågan. Invaliditetsbedömningen skall sålunda i princip inriktas på den försäkrade, varvid man i första hand måste bedöma hans medicinska status och därjämte beakta samtliga de omständigheter som i det enskilda fallet påverkar hans möjligheter att utnyttja den återstående arbetsförmågan, såsom hans ålder och förutsättningar med avseende å krafter, utbildning, yrke o. dyl. Lagens differentiering av invaliditetsgraden på tre olika grupper ställer särskilda anspråk på en ingående prövning, vari medicinska bedömningar måste spela en grundläggande roll.

Om tillräckliga resurser för erhållande av erforderligt medicinskt bedömningsunderlag icke står till förfogande kan detta — som också framhållits i kapitel 5 — sätta försäkringsskyddet ur spel, leda till rättsosäkerhet eller föranleda rättsförluster för den enskilde. Om underlaget vid avgörandena är bristfälligt kan försäkringen belastas med kostnader, som den icke skall bära, men störst är risken att den enskilde blir lidande eller att kostnader övervältras på annan part, exempelvis på socialvården.

CRB vill här understryka att hela rehabiliteringsverksamheten — och sålunda även arbetsprövningen som ett led i denna — uteslutande är avsedd för sjuka och handikappade personer. Det är detta förhållande, som kommit CRB att så konsekvent hävda betydelsen av att verksamheten utformas och ställas under medicinsk ledning.

Det anförda utesluter icke att det vid den fysiska, psykiska, sociala och yrkestekniska helhetsbedömningen av en person, vilken CRB betecknar som arbetsprövning, i en del fall kan visa sig att handikappet är av sådan natur att exempelvis endast sociala rehabiliteringsåtgärder bör komma ifråga. Den fysiska och psykiska arbetsprövningen kan i sådana fall stundom bli relativt summarisk. Det torde dock i ett land som Sverige med hög levnadsstandard och goda sysselsättningsmöjligheter i regel förhålla sig så att de personer, som har svårigheter att få och behålla ett arbete och på grund härav blir föremål för särskilda arbetsvårdsåtgärder, ofta utgör svåra problemfall med djupgående fysiska och psykiska brister i hälsotillståndet. Inte minst inom detta klientel torde därför medicinska insatser och bedömningar kunna spela en avgörande roll vid rehabiliteringen.

I av statens arbetsklirik i samarbete med arbetsmarknadsstyrelsens arbetsvårdsbyrå utarbetade råd och anvisningar för arbetsprövning vid träningsinstitutioner, daterade den 31 januari 1963, har som arbetsprövningens syfte angivits "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".

Som närmare utvecklats i kommentarer i kapitel 9 av CRB:s första delbetänkande (SOU 1964: 50) understrykes i berörda råd och anvisningar mycket starkt betydelsen av en medicinsk ledning och inriktning av arbetsprövningsverksamheten. Sålunda framhålles betydelsen av att läkaren, som är ledare för prövningsteamets arbete, "redan från början äger en ingående medicinsk kunskap om klienten", att "det efter hand blivit klart att man under överskådlig tid framåt måste räkna med att ägna diagnosen stor uppmärksamhet", varvid särskilt poängteras "den psykiatrisk-psykologiska delen vid avvägningen i diagnosen". Vidare framhålles att erfarenheterna visar "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". Behovet av "god tillgång till fasta konsulter" och "en geografiskt nära belägenhet till ett väl utbyggt centrallasarett" understrykes också, under åberopande av den fördel detta erbjuder i de fall då "den yrkesmässiga rehabiliteringen under kortare eller längre tid måste avbrytas för sjukhusvård". Bland läkarens uppgifter anges att kunna ta ställning till bl. a. följande frågor:

”Kan klienten

- 1) överhuvudtaget arbeta med sitt handikapp?
- 2) placeras i öppna arbetsmarknaden eller måste sysselsättning i skyddad miljö ordnas?
- 3) anpassa sig till ifrågakommande arbete?”

Utförliga anvisningar lämnas också om olika arbetsuppgifter för annan sjukvårdsutbildad personal, bl. a. sjuksköterskor och sjukgymnaster.

Om prövningsverksamhetens medicinskt inriktade karaktär råder således inga delade meningar. I den mån den i berörda råd och anvisningar lämnade definitionen av begreppet arbetsprövning innehåller något utöver den av CRB använda definitionen av detta begrepp, skulle detta vara det speciella framhållandet av att de praktiska arbetsproven skall ske ”under yrkesmässiga former”. Självfallet omfattar den psykiska delen av arbetsprövningen enligt CRB:s definition bl. a. också arbetsmotivationen eller ”arbetsviljan” och förmågan till samarbete.

I och för sig torde det icke vålla större svårigheter att organisera praktiska arbetsprov under lika yrkesmässiga former inom ett sjukhusområde som exempelvis vid statens arbetsklinik. Huruvida en träningsverkstad skall förläggas innanför eller utanför ett sjukhusområde synes ofta vara en ren lämplighetsfråga, som får bedömas med hänsyn bl. a. till lokala förhållanden. Särskilt torde emellertid böra understrykas vad i berörda råd och anvisningar anförts om värdet av att ha möjligheter att för vissa klienter förlägga en del av arbetsprövningen till ”reell miljö”, exempelvis genom provanställning vid olika företag. Frågan om ett ökat samarbete mellan näringslivet och den allmänna rehabiliteringsorganisationen i syfte att bl. a. öka möjligheter till sådan yrkesteknisk prövning i samband med rehabilitering utredes — som förut nämnts — inom en arbetsgrupp av CRB. I detta sammanhang torde också böra framhållas vad som beträffande den yrkestekniska delen av arbetsprövningen anförts i remissyttrandet över CRB:s PM 1962 från Svenska industriläkarföreningen om nödvändigheten av att använda adekvata modeller, som är representativa för arbetskraven inom arbetsmarknaden. Här om kan hänvisas till olika yrkestekniska testsystem, t. ex. Tower-systemet. Utarbetandet av sådana för svenska arbetsförhållanden lämpliga modeller och testsystem torde bli en viktig uppgift för de institutioner för rehabiliteringsforskning, som i första hand torde komma att inrättas i anslutning till undervisningssjukhusens rehabiliteringsorganisation, i samarbete med arbetsfysiologiska och psykologiska institutioner.

Redan vid beskrivningen av rehabiliteringsklinikernas allmänna verksamhet har CRB angivit på vilket sätt samarbetet mellan klinikerna och träningsverkstäderna bör kunna organiseras genom utbyte av tjänster inom ett gemensamt rehabiliteringsteam. Inom orter där rehabiliteringsklinikerna hunnit

inrättas bör sålunda vid dylika kliniker anställda läkare och annan behandlingspersonal medverka också i den yrkestekniska prövning, som bedrivs på träningsverkstad. Under en övergångstid till dess rehabiliteringskliniker i erforderlig omfattning kommit till stånd torde provisoriskt en organisation för arbetsprövning vid träningsinstitutioner kunna vara av värde, under förutsättning att erforderlig samverkan sker med de medicinska resurserna vid ett centrallasarett. För detta ändamål torde ansvaret för den medicinska sidan av prövningsverksamheten böra läggas på vid lasarettet anställd läkare med härför lämplig utbildning och möjligheter att konsultera sjukhusets övriga experter på olika områden. Däremot synes det varken ur samordnings- eller personalekonomisk synpunkt välbetänkt att utanför den allmänna sjukvårdsorganisationen skapa speciella institutioner för uppgifter av övervägande medicinsk karaktär.

I sin PM den 11 december 1962 uttalade CRB att behov av fristående institutioner av typ *statens arbetsklirik* icke kommer att föreligga sedan den medicinska rehabiliteringsorganisationen byggts ut med bl. a. rehabiliteringskliniker vid regionsjukhus och centrallasarett.

Av den ytterligare diskussion och analys av frågan om arbetsprövning som redovisats har CRB styrkts i sin uppfattning, att det måste anses funktionellt riktigt att en verksamhet, motsvarande den som bedrivs vid statens arbetsklirik, integreras i den allmänna rehabiliteringsorganisationen i första hand vid regionsjukhusen och successivt, i den mån resurser härför erhålles, även i centrallasarettens rehabiliteringsverksamhet. I samband härmed torde den funktion, som statens arbetsklirik under försöksstadiet haft som riksanstalt för arbetsprövning av mera komplicerade fall, komma att begränsas och eventuellt avvecklas. Den organisationsform, som arbetskliniken i administrativt hänseende representerar, bör sålunda icke tjäna som mönster vid utbyggnaden av rehabiliteringsorganisationen vid regionsjukhusen eller på andra håll.

I 1964 års generalplan för Karolinska sjukhusets utbyggande, över vilken CRB kommer att avgiva remissutlåtande under innevarande höst, förekommer — som framgår av kapitel 4 — vissa överväganden rörande arbetsprövningens och arbetskliniken ställning inom sjukhusets blivande centrum för rehabiliteringsmedicin (CRM). I generalplanen har man räknat med att ifrågavarande verksamhet provisoriskt skall inrymmas i Norrbackainstitutets lokaler under 1970-talet, sedan ersättningsbyggnader för där bedrivna verksamhet erhållits. Först vid en ännu senare tidpunkt skulle prövningsverksamheten kunna förläggas i nya lokaler tillsammans med den verksamhet, som i övrigt skulle hänföras till CRM.

Av det anförda framgår att det av allt att döma kommer att dröja lång tid innan resurser för en ändamålsenlig rehabiliteringsorganisation kan erhållas vid Karolinska sjukhuset. Icke heller kan bortses från att en framtida för-

ändring av huvudmannskapet för sjukhuset och dess uppgifter inom sjukvårdsorganisationen kan få betydelse för utformningen av rehabiliteringsorganisationen vid sjukhuset och uppgifterna för denna. I dagens läge synes därför något mer överhängande behov av en definitiv lösning av frågan om statens arbetskliniks ställning och anknytning till Karolinska sjukhuset knappast föreligga.

Beträffande *arbetsträning* må — utöver vad i det föregående anförts — framhållas att sådan träning nogå bör avpassas efter varje patients hälsotillstånd och vid behov förenas med konditionsträning och annan psykosomatisk uppträning efter läkares ordination. Arbetsfysiologisk kontroll och bioteknologiska studier bör bedrivas under sakkunnig ledning. Kuratorshjälp och psykologisk rådgivning bör också stå till förfogande. Vid de centralt belägna arbetsträningsinstitutionerna bör en starkt differentierad verksamhet eftersträvas, omfattande icke blott industriellt arbete utan även kontorsarbete, hushållsarbete etc. Som förut framhållits föreligger vid de större träningsverkstäderna enligt CRB:s mening behov av träningslägenheter med träningskök såväl för ADL-träning som för rent yrkesmässig träning i hushållsarbete. För den yrkestekniska prövningen och träningen i hushållsarbete bör bl. a. specialutbildade hushållslärare anlitas.

Viktigt är att träningsverkstädernas föreståndare och arbetsledare är väl kvalificerade ej blott i fråga om yrkeskunskap utan också i fråga om pedagogiska insikter och psykologiskt handlag.

Den rehabilitering av mindre svåra fall som många företag själva bedriver är av stort värde och bidrar liksom de vid vissa industrier anordnade konvalescentverkstäderna till att rehabilitering kan ske på tidigt stadium. Som tidigare framhållits bör därför eftersträvas att det enskilda näringslivet engageras i rehabiliteringsverksamheten i större omfattning än hittills.

Ett annat viktigt led i rehabiliteringsverksamheten utgör *utbildning och omskolning*, ägnade att tillvarataga de handikappades anlag och arbetsförmåga och att öka deras konkurrenskraft på arbetsmarknaden.

I målsättningen för det allmänna utbildningsväsendet ingår att bereda alla medborgare möjligheter att förvärva den praktiska och teoretiska utbildning, som de kan tillgodogöra sig. I överensstämmelse härmed bör det ankomma på skolöverstyrelsen, som numera har ansvaret för ledningen av såväl det allmänna skolväsendet som yrkesskolväsendet, att i växande utsträckning sörja för att erforderliga resurser står till förfogande för utbildningen av handikappade inom olika grupper. Jämte arbetsmarknadsstyrelsen, medicinalstyrelsen och riksförsäkringsverket tillhör sålunda skolöverstyrelsen de centrala ämbetsverk, som har särskilt betydelsefulla funktioner i rehabiliteringsverksamheten.

Härvid bör i första hand de normala utbildningsvägarna utnyttjas, med beaktande av de krav detta ställer på en utformning av utbildningsresurserna

med hänsyn till de särskilda behoven hos handikappade inom olika grupper. Under sistnämnda förutsättning torde icke minst den pågående utbyggnaden av vuxenutbildningen och av det studiesociala stödet komma att medföra väsentligt ökade möjligheter för utbildning och omskolning av handikappade inom ramen för det allmänna utbildningsväsendet. Det synes då också naturligt att där föreliggande resurser för yrkesutbildning mera systematiskt utnyttjas också för viss yrkesteknisk prövning. Det anförda äger även tillämpning ifråga om de särskilda utbildningsresurserna inom näringslivet och i anslutning till andra arbetsområden.

Vid sidan av de vanliga formerna för undervisning och utbildning måste man emellertid räkna med att ett behov av speciella utbildningsresurser alltid kommer att föreligga, åtminstone när det gäller svårare fysiskt eller psykiskt handikappade. Även detta behov bör tillgodoses genom mera permanenta utbildningsformer och utgöra en integrerad del av de samlade rehabiliteringsresurserna inom ett landstingsområde eller en region. Hithörande problem, på vilka här inte närmare skall ingås, har beaktats och blivit föremål för utredning i skilda sammanhang.

Som CRB tidigare framhållit har bl. a. i arbetsmarknadsstyrelsens arbetsvårdspolitiska program upptagits åtskilliga krav på ökade och förbättrade utbildningsmöjligheter för här berörda grupper, till vilka CRB kunnat ge sin anslutning.

Liksom rehabiliteringsverksamheten i övrigt måste också utbildningsverksamheten för handikappade planeras och bedrivas i sådant samarbete mellan olika engagerade myndigheter och organ att rehabiliteringen i det enskilda fallet kan bedrivas som en kontinuerlig process, som för till ett meningsfullt mål.

Behovet av utbyggnad av resurserna för *skyddad sysselsättning* — bl. a. för patientgrupper, för vilka produktiv verksamhet tidigare icke ansetts möjlig, exempelvis svårt utvecklingsstörda — har på senare tid uppmärksammat väsentligt mer än tidigare och föranlett åtskilliga nya initiativ. Behovet av resurser för sådan sysselsättning är dock ännu icke på långt när tillgodosett i den utsträckning som erfordras för att en dylik verksamhet skall stå till förfogande i alla de fall där — trots rehabiliteringsåtgärder — placering i arbete på den öppna marknaden icke är möjlig. CRB framhåller härvid särskilt att även den skyddade verksamheten i många fall reellt kan utgöra en form av yrkesträning för ett framtida arbete i den öppna marknaden. Halvskyddad verksamhet och andra former för placering i arbetslivet som alternativ till skyddad verksamhet bör också i ökad utsträckning komma till användning, varvid särskilt bör övervägas formerna för ersättning åt arbetsgivaren för de merkostnader som uppstår i samband med sådana arrangemang.

En för den *statliga arbetsvården* central uppgift bör vara att i väsentligt

högre grad än som hittills kunnat ske *inventera arbetsmarknaden* och informera arbetsgivarna om de handikappades möjligheter i olika former av sysselsättning samt sålunda på ett mera aktivt sätt inrikta ansträngningarna på att skapa resurser för en effektiv arbetsplacering. En sådan inventering av arbetsmöjligheterna bör omfatta icke blott det industriella näringslivet utan även servicenäringar samt statlig och kommunal verksamhet.

Från industriläkarhåll har i remissyttrande över CRB:s promemoria 1962 uttalats att stundom "helt orealistiska dirigeringar av handikappat klientel" skulle ha skett genom arbetsförmedlingen samt att en otillräcklig integration inom rehabiliteringsverksamheten haft till följd att "dyrbara insatser riskerar att ske slumpmässigt och utan samordning".

Bland de samordningsfrågor, som tagits upp i ett senare avsnitt av detta kapitel, torde vissa vara av särskild betydelse för att minska här berörda risker. I detta sammanhang aktualiseras även frågan om de krav, som *yrkesvägledning och arbetsanskaffning åt handikappade* ställer i fråga om utbildning och insikter hos den personal, som handlägger sådana frågor.

CRB har icke här ansett sig böra gå in på frågan om tillhandahållandet av tekniska hjälpmedel, hushållsredskap och annan utrustning av betydelse för de handikappades möjligheter att klara sig själva i hemmet och att utföra arbete, då såväl socialpolitiska kommittén som arbetsmarknadsutredningen torde i inom kort utkommande betänkanden behandla vissa aspekter på dessa problem. Sistnämnda utredning torde därvid bl. a. komma att redovisa sitt uppdrag att i samråd med CRB närmare utreda vissa frågor i samband med näringshjälp. Understrykas må dock att alla *åtgärder för att underlätta såväl det dagliga livets aktiviteter som en insats i arbetslivet* — och sålunda också de här berörda — i princip bör övervägas i samband med en totalbedömning av rehabiliteringsbehoven i det enskilda fallet. Givetvis bör emellertid kompletteringar med olika slag av hjälpmedel successivt kunna ske på grundval av tidigare verkställd sådan helhetsbedömning.

Uppföljning och efterkontroll av rehabiliteringsfallen har hittills i mycket ringa utsträckning kunnat ske. Inte minst gäller detta inom arbetsvårdens område. I stort sett saknas därför ännu underlag för en säkrare bedömning av resultaten av rehabiliteringsverksamheten i de former, vari den hittills bedrivits. Uppföljning och efterkontroll av de handikappades hela situation är nödvändiga led i en utbyggd rehabiliteringsverksamhet dels för att bästa möjliga resultat skall nås av de vidtagna åtgärderna i det enskilda fallet, dels för att erfarenhet skall vinnas om effektiviteten av verksamheten till ledning för den fortsatta utvecklingen.

Allmänna samhällsätgärder i förebyggande och anpassningsfrämjande syfte

Som framgår av det föregående måste rehabiliteringsfrågorna ses i sitt sammanhang med den allmänna samhällsplaneringen och olika *samhälls-*

insatser i syfte att förebygga sjukdom och minskad arbetsförmåga. Hit hör bl. a. de särskilda verksamhetsformer som går ut på att åstadkomma en god omgivningshygien, sprida hälsouppllysning och meddela förebyggande vård i form av hälsokontroll för olika grupper. Hit hör också de samlade åtgärderna i fråga om skolundervisning, yrkesvägledning, yrkesutbildning och arbetsförmedling, som avser att underlätta anpassningen till samhället och arbetslivet för den enskilde. Även arbetarskydd och bioteknologiska åtgärder har till syfte att bevara hälsan och arbetsförmågan och förebygga sjukdom och skador.

Den allmänna samhällsplaneringen har länge i alltför hög grad ägt rum efter standardiserade mallar, som icke tagit erforderlig hänsyn till olika gruppers särskilda behov. På samma sätt som man mer och mer inriktar sina ansträngningar på en samhällsplanering, avsedd att förebygga sjukdomar och skador, måste man *vid den generella samhällsplaneringen bevaka att* — i bostadsbyggandet, vid utformningen av skolor, verkstäder och andra arbetsplatser samt av allmänna lokaler, offentliga kommunikationsmedel etc. — *de särskilda behoven inom exempelvis skilda åldersgrupper och olika grupper av handikappade verkligen blir uppmärksammade.* Ett viktigt steg i denna riktning är det uppdrag, som Kungl. Maj:t 1963 givit Statens institut för byggnadsforskning att utreda huru vid samhällsplaneringen hänsyn skall tagas till de handikappades behov.

Utöver allmänna samhällsåtgärder kräves emellertid *även särskilda anordningar*, bl. a. på bostadsområdet, och *serviceåtgärder* av olika slag för att medicinska och andra rehabiliteringsinsatser i det enskilda fallet skall leda till avsett resultat.

Avvägningen mellan generella åtgärder inom den allmänna samhällsplaneringen och speciella åtgärder, inriktade enbart på de handikappades behov, exempelvis när det gäller bostadsfrågans lösning och kravet på serviceanordningar, måste bli beroende av dels omfattningen av de olika handikappgruppernas behov, dels vilka insatser, som krävs för att i den ena eller andra formen tillgodose dessa. Härvid måste även hänsyn tagas till det växande antalet åldringar och önskvärldheten av att de beredes ökade möjligheter att även med avtagande krafter bo kvar i sina hem under tillfredsställande levnadsförhållanden.

Socialpolitiska kommittén, som redovisat en särskild undersökning av åldringsvårdens läge (SOU 1963:47) och framlagt betänkande med förslag om bättre åldringsvård (SOU 1964:5) vilka föranlett beslut om vissa åtgärder vid 1964 års riksdag, kommer i sitt förut nämnda nya betänkande även att redovisa resultatet av vissa inventeringar rörande de handikappades särskilda sociala behov. I samband härmed torde kommittén även taga upp frågan om primärkommunernas, landstingens, statens och de enskilda organisationernas ansvar och uppgifter inom detta område. I avvaktan härpå

anser sig CRB icke här böra närmare ingå på ifrågavarande problem utan stanna vid att understryka betydelsen av en sådan fördelning och samordning av de olika organens insatser att den enskildes rehabiliteringsbehov i hithörande avseenden alltid kan bli uppmärksammade och tillgodosedda.

Vissa särskilda samordningsfrågor

Det har många gånger konstaterats att för att rehabiliteringen för den enskilde skall te sig som en kontinuerlig process, förande till ett meningsfullt mål, krävs en *samordning av hela rehabiliteringsverksamheten såväl ur behandlingssynpunkt som i administrativt och ekonomiskt hänseende*.

CRB har härvid särskilt betonat att man så långt det är möjligt bör söka undvika att skapa en rad organ, mellan vilka prestigekonflikter och behörighetstvister lätt kan uppstå. Det är emellertid ofrånkomligt att rehabiliteringsfrågor handläggas av en rad olika samhällsorgan, bl. a. sjukvårds-, utbildnings- och arbetsmarknadsorganen samt organen för socialförsäkringen och för olika former av socialvård. Som tidigare framhållits göres även åtskilliga betydelsefulla rehabiliteringsinsatser inom näringslivet och av enskilda organisationer. Det är angeläget att en samordning och ett nära samspel sker mellan alla dessa insatser. I likhet med CRB har även remissinstanserna starkt understrukit behovet av en samordning av rehabiliteringsverksamheten såväl ifråga om behandlingen som i administrativt och ekonomiskt hänseende. I nära överensstämmelse med CRB:s uppfattning anföres sålunda bl. a. att rehabiliteringsvården måste fungera som en helhet, till vilken alla handikappade vilken kategori de än tillhör har tillträde, samt att hela rehabiliteringsprocessen bör stå under en fortlöpande medicinsk ledning och kontroll, som i lämpliga former bör utgå från de rehabiliteringscentra i medicinska avseenden, som de allmänna rehabiliteringsklinikerna är avsedda att bli.

Beträffande frågan om *huvudmannskapet* för den allmänna rehabiliteringsorganisationen anser CRB i likhet med flertalet remissinstanser det som en fördel icke minst ur samordningssynpunkt att *landstingen och städerna utanför landsting* i så hög grad som redan skett engagerat sig som huvudmän för såväl den medicinska som den yrkesmässiga delen av verksamheten. Detta huvudmannansvar anser CRB böra i princip omfatta även skyddad verksamhet. Frågan om organisationen av arbetsprövningen har CRB härvid icke sett som ett val mellan olika huvudmän, då enligt de olika alternativ som diskuterats, landstingen eller städerna utanför landsting under alla förhållanden skall vara huvudmän även för denna del av rehabiliteringsverksamheten inom sina områden.

En särskild fråga är givetvis sedan om dessa huvudmän anförtror samtliga rehabiliteringsuppgifter åt ett gemensamt förvaltningsorgan eller fördelar

dem mellan flera organ. Utan att taga ställning till den ena eller andra lösningen av detta administrationsproblem kan framhållas att en samdimensionering och en funktionell samordning av utbyggnaden av rehabiliteringsorganisationens olika delar och resurser givetvis underlättas om antalet förvaltningsorgan kan begränsas till det minsta möjliga. I den mån en fördelning av rehabiliteringsuppgifterna på flera organ likväl bedömes som lämplig eller ofrånkomlig är det angeläget att man finner lämpliga former för en samordning av dessa organs verksamhet. Enligt vad CRB inhämtat har man redan på flera håll förstärkt landstingskanslierna med befattningshavare för sådana organisatoriska samordningsuppgifter. Inte minst vid en uppdelning av rehabiliteringsuppgifterna på flera landstingsorgan torde en förstärkning av dessa kansliers krafter vara behövlig för uppgifter i samband med utbyggnad, samordning och effektivisering av den medicinska och yrkesmässiga rehabiliteringsverksamheten i olika former.

I likhet med CRB har åtskilliga remissorgan starkt framhållit *de allmänna försäkringskassornas allt viktigare roll i samarbetet i rehabiliteringsfrågor på länsplanet*. Som argument härför har bl. a. åberopats det ansvar för genomförandet av rehabiliteringsåtgärder, som enligt 4 kap. 2 § lagen om allmän försäkring åvilar dem. Försäkringskassornas organ synes också utformade så att en nära samverkan med landstingen och storstäderna som huvudmän för rehabiliteringsverksamheten bör kunna komma till stånd. Sålunda utses majoriteten av styrelseledamöterna i allmän försäkringskassa av landsting eller, där fråga är om kassa vars verksamhetsområde utgöres enbart av stad, av stadsfullmäktige. Likaså är de kommunala huvudmännen företrädade med två representanter i pensionsdelegationerna.

För det praktiska samarbetet på länsplanet torde emellertid framför allt de s. k. samarbetslagens sammansättning och arbetsformer vara av betydelse. I dessa informella organ ingår för närvarande i regel tjänstemän och läkare, företrädande försäkringskassan och det statliga arbetsvårdsorganet. Däremot synes man icke ha förutsatt att den kommunalt drivna rehabiliteringsorganisationen också regelmässigt skall vara representerad i samarbetslagen.

I sin PM den 11 december 1962 framhöll CRB att det, oavsett hur det formella samarbetet på länsplanet organiseras, är av stor betydelse att även informella rådgivande kontakter stimuleras. Beredningen ansåg det även angeläget att arbetsmarknadens parter är representerade i detta samarbete. I avvaktan på att de nya försäkringsorganen på länsplanet fått träda i funktion och under någon tid bedriva sin verksamhet ansåg CRB frågan om ytterligare åtgärder för en förbättrad samordning av rehabiliteringsorganens verksamhet på länsplanet böra tills vidare anstå.

Under den tid som gått sedan lagen om allmän försäkring den 1 januari 1963 trädde i kraft har — såsom förut berörts — ett allt starkare behov gjort

sig gällande hos de nya socialförsäkringsorganen att ha tillgång till ökade möjligheter för bl. a. medicinsk utredning och prövning dels av svårbedömda och långvariga sjukdomsfall och dels av fall, beträffande vilka frågan om förtidspension aktualiserats. Otillräckligheten av de resurser som står till förfogande härför har härigenom allt starkare accentuerats. Bristen på sådana resurser har stundom tvingat försäkringsorganen att upptaga även bristfälligt utredda fall till avgörande. Förhållandet har också lett till att handläggningen av många ärenden blivit avsevärt fördröjd i avvaktan på erforderliga utredningar och åtgärder.

Här berörda brister har medfört att fall, beträffande vilka vissa rehabiliteringsåtgärder uppenbart är påkallade, i stor utsträckning hamnar på väntelistor hos olika samhällsorgan utan garantier för att erforderliga åtgärder kommer till stånd inom rimlig tid. Då avsaknaden av provnings- och rehabiliteringsresurser i särskilt hög grad gjort sig gällande på den medicinska sidan har många av de fall, som i första hand skulle vara i behov härav, i stället hänvisats till de statliga arbetsvårdsexpeditionerna, som enligt gällande statsbidragsbestämmelser förfogar över platserna inom de kommunala institutionerna för arbetsvård. Härigenom har trycket på arbetsvårdsexpeditionernas personal och de av dem disponerade resurserna ytterligare ökat. Risk föreligger att det nämnda förfarandet medverkar till att ge en felaktig bild av vilka delar av rehabiliteringsorganisationen, som i första hand behöver byggas ut. Förfarandet innebär också att många klienter kan bli föremål för dubbla utredningar genom överflyttning från kön hos ett samhällsorgan till kön hos ett annat. Som anförts i kapitel 5 har de förhållanden som här berörts föranlett att bl. a. inom Stockholms allmänna försäkringskassa framkommit krav på inrättandet av särskilda institutioner inom ramen för stadens sjukvård för att tillgodose kassans behov av allsidig utredning och prövning av svårbedömda försäkringsfall.

Beträffande de sålunda framförda önskemålen har CRB framhållit att ifrågavarande uppgifter är av sådan karaktär att den medicinska rehabiliteringsorganisationen vid sjukhusen, främst rehabiliteringskliniker med tillgång till psykiatrisk och socialmedicinsk sakkunskap, bör vara den primära utrednings- och behandlingsinstansen. I den mån det från försäkringshåll anmälda behovet av medicinsk utredning och arbetsprövning icke kan tillgodoses utan att provisoriska anordningar måste tillgripas, har beredningen därför understrukit angelägenheten av att dessa får en utformning, som ligger i linje med den mera långsiktiga planeringen av rehabiliteringsorganisationen vid och i anslutning till sjukhusen. Beredningen anser det vidare angeläget att här berörda medicinska rehabiliteringsverksamhet, som bl. a. är av största betydelse för socialförsäkringen, får en sådan anknytning till den kommunala rehabiliteringsverksamheten i övrigt att exempelvis arbets träningsverkstäder även utanför sjukvårdens ram kan utnyttjas på ett mera smidigt sätt för yrkesteknisk prövning och återanpassning genom direkt

kontakt mellan vederbörande kommunala organ och befattningshavare. Att så kan ske måste också för huvudmännen framstå som i hög grad angeläget. En viktig förutsättning för att deras resurser skall kunna utnyttjas på effektivast möjliga sätt och skadliga avbrott i den enskildes rehabilitering undvikas måste vara att intagningen till och överflyttningen mellan institutionerna för medicinsk och yrkesmässig rehabilitering kan organiseras på ett likformigt sätt, oavsett om en patients rehabiliteringsbehov uppmärksammas i anslutning till sjukvård eller aktualiseras genom socialförsäkringens, arbetsvårdens eller andra sociala organ.

Detta skulle bl. a. underlättas om — såsom i medicinalstyrelsens råd och anvisningar år 1964 ansetts rimligt — den medicinska rehabiliteringen och arbetsvården samarbetar med försäkringskassan på samarbetslagets nivå. Härvid har medicinalstyrelsen förutsatt att man när rehabiliteringsorganisationen är tillräckligt utbyggd får tänka sig att rehabiliterande åtgärder prövas innan bedömningen går till pensionsdelegationen.

Som en första åtgärd för att effektivisera samarbetet på länsplanet anser CRB det härvid böra övervägas att *försäkringskassornas samarbetslag kompletteras med tjänstemän och läkare, representerande den kommunalt drivna organisationen för medicinsk och yrkesmässig rehabilitering.*

För en samordning av rehabiliteringsorganisationens olika delar påkallas även en *översyn och komplettering av bestämmelserna om statsbidrag*, vilken är erforderlig även med hänsyn till de stora ekonomiska insatser som en utbyggd rehabiliteringsorganisation kräver. De ojämnheter som föreligger i fråga om statsbidrag till organisationens olika delar har närmare belysts i beredningens betänkande Samordnad rehabilitering, del 1, vari förordats att förhandlingar snarast kommer till stånd mellan de kommunala huvudmännen och staten rörande berörda finansieringsfrågor. I samma betänkande har understrukits att även den enskilde patientens förhållanden måste ekonomiskt och administrativt regleras på ett mera enhetligt sätt under olika faser av rehabiliteringen. CRB förutsätter att 1961 års sjukförsäkringsutredning prövar hithörande frågor i samband med sina överväganden om rehabiliteringsbidrag från den allmänna försäkringen.

Som en särskild fråga bör också tagas upp *samordningen av de centrala organens insatser* på rehabiliteringsområdet. Sitt uppdrag att tills vidare tjänstgöra som ett centralt samordningsorgan ser CRB som en övergångsform i avvaktan på en mera definitiv lösning av denna samordningsfråga. De erfarenheter, som beredningen gjort under sin hittillsvarande verksamhetstid, vittnar enligt dess mening klart om behovet av att en sådan samordning kommer till stånd i mera permanenta former. Härvid synes det icke minst angelägna vara att *de departement, som har ansvaret för utvecklingen av rehabiliteringsverksamhet i skilda former* — framför allt social-, ecklesiastik- och inrikesdepartementen — *aktivt engageras i samordningsarbetet* på sådant sätt att den allmänna planeringen utformas och finansiellt stöd

ges efter mera enhetliga principer för hela rehabiliteringsorganisationen, oavsett om olika delar av densamma sorterar under skilda förvaltningsorgan.

Särskilt yttrande

Tillkomsten av CRB den 9 januari 1962 torde i hög grad få ses mot bakgrunden av att väsentligt ökade krav på rehabiliteringsorganisationen kunde förväntas i samband med införandet av den allmänna försäkringen samt ett härav accentuerat behov av samordning och planering på området.

Allmänt möttes beredningen av en förhoppning om att densamma skulle bidra till större klarhet i rehabiliteringens innebörd, metodik och målsättning, samt aktuella organisationsspörsmål, utjämna eventuella motsättningar mellan olika rehabiliteringsformer, samt stimulera till snabbare utveckling av olika sektorer av rehabiliteringspanoramats.

Beredningen har enhälligt framlagt vissa allmänna synpunkter på rehabiliteringen i PM av den 11 december 1962. Denna PM har vid remissbehandlingen rönt ett mycket varierande mottagande och särskilt har frågan om arbetsprovningens inplacering i rehabiliteringssammanhang väckt stor uppmärksamhet och skiftande bedömningar (Beredningens definition av arbetsprovning sid. 28 i nämnda PM samt beredningens syn på arbetsprovningen vid rehabiliteringsklinikerna bl. a. sid. 24 samt arbetsprovningen vid träningsverkstäderna bl. a. sid. 32).

Formuleringarna i beredningens PM ger otvivelaktigt möjlighet till vissa tolkningsdifferenser och undertecknad har närmast tolkat skrivningen så, att den i realiteten inte skulle beskära arbetsvårdens möjligheter att utveckla och bedriva arbetsprovning. En annan tolkning skulle i hög grad kunna bli hämmande för utvecklingen. I detta läge synes ett klarläggande rörande min ståndpunkt i denna fråga, som i viss mån torde skilja sig från beredningen i övrigt, vara nödvändig.

Först bör då anföras några allmänna synpunkter, som varit vägledande för mitt ställningstagande.

Sjukvårdens uppgifter är primärt att förebygga sjukdomar och att diagnostisera och behandla sjuka människor. Dessa uppgifter ställer nu sjukvårdshuvudmännen och sjukvårdspersonalen inför ofantliga problem och det torde inte vara någon överdrift att framhålla, att de ansvariga organen periodiskt sviktar under tyngden av de aktuella kraven. Bristande personalresurser är här det centrala problemet. Den expanderande akutsjukvården fordrar sålunda ökade insatser från den ansvariga ledningen i form av tillskott av inte enbart personal, utan även av investeringar i tomtutrymmen, byggnader, utrustning etc. Perspektivet framstår som ytterligare allvarligt under betraktande av den åldrande befolkningens ökade vårdbehov. Statskontoret har i sitt remissyttrande påpekat bl. a. följande: "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 ställes 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." Undertecknad delar helt denna uppfattning och vill i sammanhanget framhålla, att det torde, liksom för andra företagsformer, vara rationellt att för den allt större sjukvårdsapparaten i ökad grad pröva möjligheten att utnyttja olika organ utanför sjukhusen för vissa uppgifter. Självhushållningsprincipen för de olika enheterna inom sjukhuset, liksom för hela sjukvårdsorganisationen, bör sålunda bli allt mindre förhärskande inom en modern sjukvårdsförvaltning.

En annan synpunkt, som synes ha grundläggande betydelse för behandlingen av dessa frågor, är normaliseringsprincipen. Denna princip leder till att snabbast möjligt föra vederbörande handikappade — som i allmänhet inte är sjuka — till den miljö, där en normal aktivitet kan befrämjas. Det betyder till föräldrahemmet för ett handikappat barn och till det egna hemmet och en normal arbetsmiljö för den vuxne handikappade. Den friske handikappade bör inte behandlas som *en patient*, och har inte en lång sysslöshet dämpat självkänsla och verksamhetslust, vill han det inte heller. Mellan sjukhusmiljön och den ordinära miljön ute i samhället — med i senare fallet alla dess alternativ, risker och möjligheter — måste naturligtvis finnas olika etapper med ett varierande inslag av vård och omvårdnad. Målsättningen är dock odisputabel: den handikappade bör så snart som möjligt nå den ordinära miljön.

Dessa två förhållanden bidrar till att undertecknad i den aktuella diskussionen ej funnit skäl att poängtera, att arbetsprövningen bör ske inom sjukvårdsorganisationen.

CRB har gjort stora ansträngningar att analysera innebörden av arbetsprövningen (sid. 28—32 i nämnda PM) och därvid bl. a. klarlagt, att denna diagnostik är ytterst komplicerad. Åtskilliga remissyttranden har ytterligare belyst denna problematik och har därvid i hög grad berikat den uppkomna diskussionen.

Utan att här fördjupa sig i detaljfrågor kan man helt kort notera, att för att fastställa den totala funktions- och arbetsförmågan har utnyttjats och kommer att utnyttjas en rad undersökningar och testningar — alltifrån enkla medicinska rutinundersökningar resp. yrkesvalsamtal, som i flertalet fall torde vara tillräckliga, till komplicerade medicinska utredningar, psykotekniska anlagsprov samt sociala och arbetsmarknadsinriktade utredningar.

När det gäller den mera krävande arbetsprövningen, vilken närmast har intresse i detta sammanhang, synes den för vissa handikappade vara ett

övervägande medicinskt problem medan för andra ett övervägande socialpedagogiskt och arbetsmarknadsmässigt. Det bör emellertid märkas, att även i det förra fallet måste de sociala aspekterna, liksom i det senare de medicinska komma med i bilden.

Otvivelaktigt står arbetsprövningen i denna allmänna mening i ett gränsområde mellan medicinsk vård och arbetsvård. Några oöverkomliga problem synes i detta sammanhang i praktiken ej ha uppstått ur samarbets synpunkt. Däremot har genom olika statsbidragsgrunder för sjukvården resp. arbetsvården en snabbare utbyggnad ägt rum på den senare sektorn än den förra. Enighet torde i princip råda om att här bör åvågbringas en bättre balans.

Ett uttryck för de starka samsarbetssträvanden, som är förhärskande mellan sjukvårds- och arbetsvårdsmyndigheterna, synes den överenskommelse vara, som träffats mellan medicinalstyrelsen och arbetsmarknadsstyrelsen av den 23 april 1956. Remissyttranden från medicinalstyrelsen och arbetsmarknadsstyrelsen över CRB:s PM understryker detta samförstånd och i dessa yttranden hänföres arbetsprövningen (definition, se nedan) till arbetsvården. En stor del av övriga remissyttranden stödjer dessa de ansvariga ämbetsverkens uppfattning. En övervägande del, bl. a. komunförbunden och riksförsäkringsverket, anser det nu inte möjligt att ta ställning till denna fråga. Slutligen har ett antal remissyttranden givit stöd åt beredningens ståndpunkt.

För undertecknad har frågan närmast varit av praktisk-administrativ art. Rehabiliteringsaktiviteterna måste fördelas på flera kompetensområden, dels därför att olika specialister naturligt står som ansvariga ledare för olika områden, dels därför att man vill undvika oöverskådliga arbetsenheter med ett uttunnat personligt ansvar.

All omvårdnad av människor — inklusive arbetsvård och åldringsvård — har ett varierande medicinskt inslag. Detta medicinska inslag kan inte vara ett tillräckligt skäl för att lägga resp. verksamhet under sjukvårdsadministration och läkarledning. Någonstans bör administrativa gränser gå. Mellan medicinsk vård och arbetsvård har således en sådan gräns sedan åtskilliga år och enligt internationella normer funnits. Om beredningen menar, att denna gräns bör flyttas så att arbetsprövningen i princip bör ligga på den medicinska sidan och skälet härtill är att den medicinska rehabiliteringens kontinuitet ej bör brytas, uppställer sig omedelbart frågan, varför denna kontinuitet skall brytas, när arbetsträning, yrkesutbildning, skyddad verksamhet eller arbetsplacering skall påbörjas. Med en dylik motivering torde samtliga arbetsvårdsåtgärder kunna införlivas med sjukvårdsapparaten.

Av praktiska skäl måste sålunda en *administrativ gräns* uppdras någonstans. Denna gräns behöver inte och får inte bli något avbrott i en kontinuerlig vård resp. omvårdnad. Ett redan tillämpat medel mot sådana avbrott är, som beredningen också framhåller, att arbetsvårdspersonalen ingår i det

medicinska rehabiliteringsteamet liksom den medicinska rehabiliteringens expertis ingår i arbetsvårdssidans team. Denna väg kan säkert ytterligare utbyggas.

Det har ofta i denna debatt sagts att en mera adekvat terminologi borde tillämpas och arbetsmarknadsutredningen framhåller i sitt remissvar, att den del av prövningen, som bör äga rum vid rehabiliteringsklinikerna lämpligen bör benämnas *funktionsprövning*. Begreppet *arbetsprövning* skulle då förbehållas den rent yrkesmässiga prövningen. Detta förslag synes bidra till större klarhet på detta område.

Slutligen vill undertecknad framhålla, att arbetsprövning i denna yrkesmässiga mening bör kunna vara ett viktigt instrument i samband med yrkesvalsproblem över huvud taget både för handikappade och andra, som har svårt att finna ett yrke, som motsvarar anlag och färdigheter. Detta talar ytterligare starkt för att arbetsmarknadsorganen inte beskäres i sina möjligheter att utrustas med resurser på detta område. Om arbetsvården erhåller dylika resurser, som i större befolkningsområden bör bli differentierade och kvalificerade, torde frågan om statens arbetsklirik komma i ett nytt läge, där dess kapacitet kommer att kunna utnyttjas ytterligare samt bli mönsterbildande på flera platser i landet.

Stockholm den 1 oktober 1964.

Karl Montan

Bilaga 1 Sammanställning av vissa uppgifter om de allmänna medicinska

Tablå över verksamhetens art och omfattning

Klin/avdeln vid lasarett/sjukhus	Befolknings- underlag ca	Egna vård- platser	Antal patienter 1963:							enbart -kök		
			i slutet i öppen vård	konsult- vård	fall	rörelse- terapi	hydro- terapi	elektro- terapi	arbets- terapi		tränings- lägenhet	
Karolinska sjukhuset	. 5	—	. 5	. 5	. 5	+	+	+	+	—	+	+ ¹
Lasarettet Lund	400 000	10	40	28	.	+	+	—	+	+	+	+ ²
Sahlgrenska sjukhuset Göteborg	400 000	—	68			+	+	+	+	+	+	—
Söder- sjukhuset Stockholm	800 000	—	.	209	.	+	—	—	+	+	+	—
Lasarettet Danderyd	250 000	23	84	96	120	+	+	+	+	+	+	—
Lasarettet Eskilstuna	220 000	10 ³	115	97	. ⁴	+	+	—	+	+	+	+ ²
Lasarettet Borås	380 000	30	ca 200	ca 500	.	+	+	+	+	+	+	—
Lasarettet Västerås	250 000	15	ca 300			+	+	+	+	+	+	+ ²

- 1 + badrum
- 2 Ej komplett
- 3 Kan tillfälligt ökas till 16
- 4 Utgör betydande del av verksamheten vid kliniken
- 5 Serviceavdelning i fråga om vissa terapiformer åt Karolinska sjukhusets avdelningar och polikliniker

rehabiliteringsklinikerna/avdelningarna

Tablå över personalresurserna

Klin/avdeln vid lasarett/sjukhus	Läkare	Sjuksköterskor	Psyko- loger	Kura- torer	Sjukgym- naster	Arbets- terapeuter	Teknisk personal	Övrig personal
Karolinska sjukhuset	4	½	—	—	20 ⁴	4	—	—
Lasarettet Lund	2	1	1 ³	1	2	1	1	10½
Sahlgrenska sjukhuset Göteborg	3	1	—	1	36 ⁴	11 ⁴	34 ⁴	
Söder- sjukhuset Stockholm	2	1	1	½	2½	2+2 ass	3 ²	8 ¹
Lasarettet Danderyd	4 ¹	3	1 ³	1	17 ⁴	8 ⁴	1	19
Lasarettet Eskilstuna	2	1	1 ³	1 ³	1½	1+1 ass	—	3½ ³ 1 lär ³
Lasarettet Borås	3	3	2	1 ³	8 ⁶	6+6 ass ⁶	1	.
Lasarettet Västerås	3 ¹	3½ ¹	— ⁵	1	8½ ⁴	8½ ⁴	—	6

1 Därav 1 vakant

2 „ 2 vakanta

3 „ 1 deltid

4 Varav flertalet gemensamma för sjukhuset

5 Anslag för psykologkonsultationer

6 Gemensamma för rehabilitering, långtidsvård och ortopedi

Kommentar till tablåerna

Frågor enligt bifogade frågeformulär har ställts till ansvarige läkaren, i regel överläkaren, vid de allmänna medicinska rehabiliteringsklinikerna/avdelningarna vid Karolinska sjukhuset, lasarettet i Lund, Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg, Söder-sjukhuset i Stockholm samt centrallasaretten i Danderyd, Eskilstuna, Borås och Västerås.

Uppgifterna i ovanstående tablåer avser, i den mån icke annat anges, september 1964. I vissa fall har uppgifter även erhållits om resurserna för 1965.

Vid lasarettet i Jönköping finnes rehabiliteringsklinik med 9 vårdplatser, vilken ännu ej öppnats. Antalet platser vid denna klinik kommer inom ett par år att öka till 30. Vidare uppges att kapaciteten vid rehabiliteringskliniken i Lund, som f. n. är 10 patienter, 1965 kommer att öka till 20, varvid antalet sjukgymnaster skall öka från 2 till 3 och antalet arbetsterapeuter från 1 till 2. Kliniken i Borås kommer

under 1965 att få ytterligare 30 vårdplatser i byggnad, som är under uppförande.

Vid besvarandet av frågan om dagsjukvård organiserats synes något olika innebörd ha givits åt detta begrepp. En organiserad dagsjukvård synes dock vara under utveckling på flera håll. Vid lasarettet i Danderyd har sådan vård fr. o. m. den 1 september 1964 anordnats för cirka 30 patienter.

Psykiatrisk klinik finns vid samtliga berörda sjukhus och kliniskt fysiologiskt laboratorium vid flertalet. Samarbete med långtidssjukvården förekommer i varierande former.

I anslutning till frågan om närbeläget arbetsträningsinstitut finnes har efterhörtts hur samarbetet med arbetsvården är organiserat. Härvid har i de flesta fall uppgivits, att "arbetsvårdskonferenser" regelbundet hålles med representanter för arbetsvårdsinstitutioner.

Frågeformulär

Verksamheten vid rehabiliteringskliniken/avdelningen i

(uppgifter september 1964)

1. Vilket befolkningsunderlag (antal inv.) skall rehabiliteringskliniken betjäna?
2. Antal vårdplatser vid egen vårdavdelning?
3. Är dagsjukvård organiserad vid rehabiliteringskliniken?
Vad omfattar den i så fall?
4. Finns avdelning för rörelseterapi (sjukgymnastik), hydro- och elektroterapi, arbetsterapi vid rehabiliteringskliniken?
5. Vilka andra kliniker betjänas genom rehabiliteringsklinikens försorg med avseende å rörelseterapi (sjukgymnastik), hydro- och elektroterapi, arbetsterapi?
6. Finns psykiatrisk klinik och klinisk psykologisk service vid samma sjukhus?
7. Finns kliniskt fysiologiskt laboratorium vid samma sjukhus?
8. Finns träningslägenhet?
Finns ev. enbart träningskök?
9. Finns socialmedicinsk verksamhet organiserad i anslutning till rehabiliteringskliniken?
10. *Personalens storlek vid kliniken* — hel- eller deltid bör anges.
 - a) Hur många läkartjänster är inrättade och hur många av dem är besatta?
 - b) sjuksköterskor
 - c) psykologer
 - d) kuratorer

- e) sjukgymnaster
- f) arbetsterapeuter
- g) teknisk personal
- h) övrig personal

11. Ev. konsultverksamhet i förhållande till övriga kliniker vid lasarettet?

12. Hur är samarbetet med långtidssjukvården organiserat?

13. Finns arbetsträningsinstitut inom landstingsområdet?

Är det närbeläget?

Hur är samarbetet med arbetsvården organiserat?

14. *Rehabiliteringsklinikens kapacitet:*

Antal patienter 1963: a) i slutenvård

b) i öppenvård

ev. även c) konsultfall

Tillägg: Ev. ny- eller tillbyggnad, som är under uppförande, antal vårdplatser vid denna.

11. 1) Arbetsmarknadens
2) Arbetsmarknadens
3) Arbetsmarknadens
4) Arbetsmarknadens

12. Hur är samarbetet med arbetsmarknaden i förhållande till följande tillgångsgrupper?

13. Hur är samarbetet med arbetsmarknaden i förhållande till följande tillgångsgrupper?

14. Hur är samarbetet med arbetsmarknaden i förhållande till följande tillgångsgrupper?

15. Hur är samarbetet med arbetsmarknaden i förhållande till följande tillgångsgrupper?

16. Hur är samarbetet med arbetsmarknaden i förhållande till följande tillgångsgrupper?

17. Hur är samarbetet med arbetsmarknaden i förhållande till följande tillgångsgrupper?

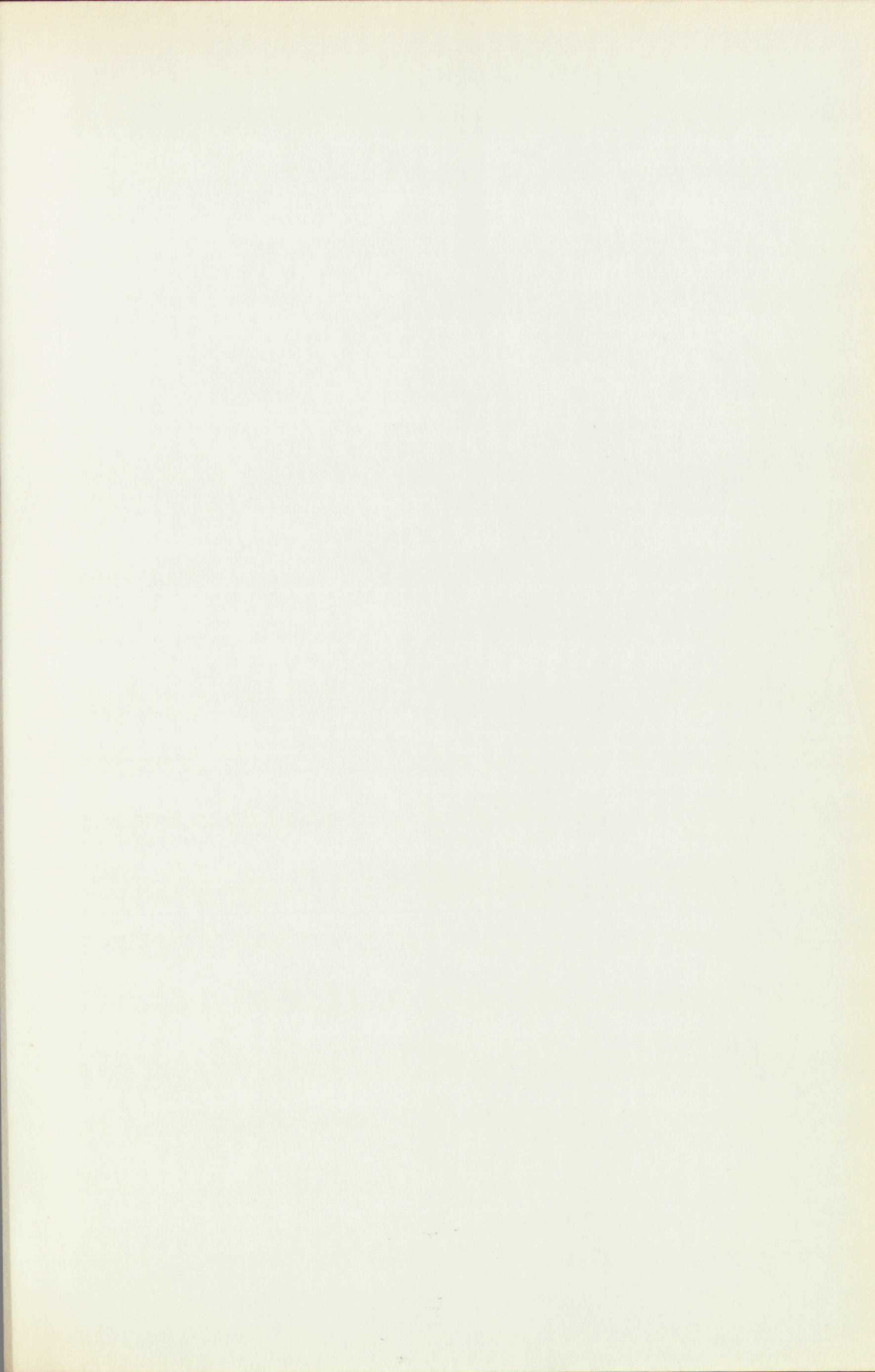
18. Hur är samarbetet med arbetsmarknaden i förhållande till följande tillgångsgrupper?

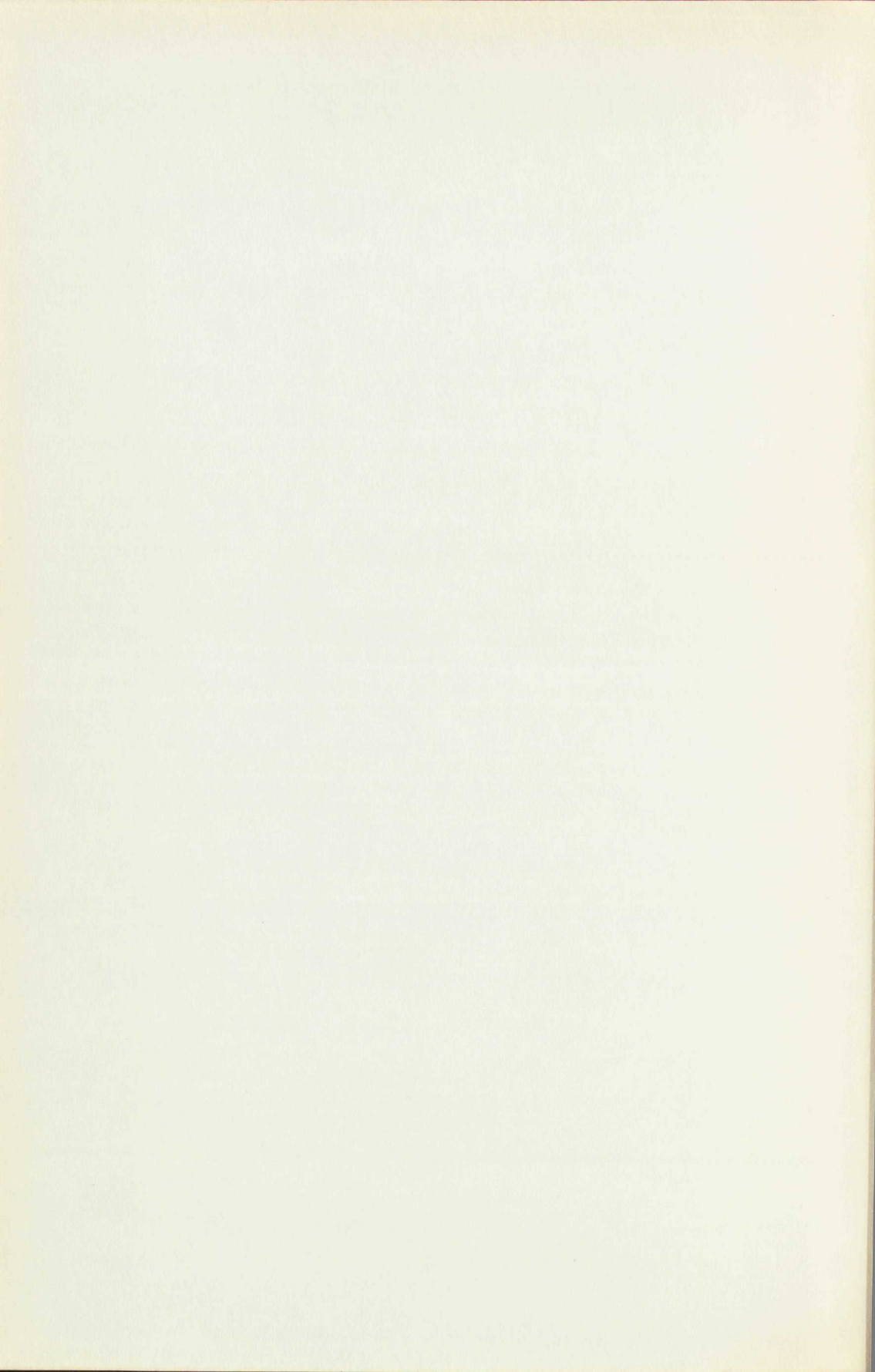
19. Hur är samarbetet med arbetsmarknaden i förhållande till följande tillgångsgrupper?

20. Hur är samarbetet med arbetsmarknaden i förhållande till följande tillgångsgrupper?

Tilläggs: För ut- eller tillryggande, som är under utrymning, se antal i tilläggsbilaga.

KUNGL. BIBL.
3 U OKT 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. Aktenskapsrätt I. Författ-
ningstext. [34] Aktenskapsrätt 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 arbetstagares 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 rehabiliteringsutredningen 1. Samordnad
rehabilitering. Del I. [50] 2. Samordnad rehabili-
tering. Del II. [51]

Kommunikationsdepartementet

Bilskrotning. [21]
Statens byggnadsbesparingsutredning 3. Offentliga
byggnader. Ekonomiskt byggande. [26]

Finansdepartementet

Värdeskringskommittén 1. Indexlån. Del I. [1]
2. Indexlån. Del II. [2]

Friluftslivet i Sverige. Del I. Utgångsläget och ut-
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. Religionsfrihe-
[13] IV. Historisk översikt. Kyrkobegrepp. [16]
V. Kristendomsundervisningen. [30]
Förbud mot utförelse av kulturföremål. [22]
Skolans försörjning med lärare II. [44]
Farmaceutisk utbildning och forskning. [48]

Jordbruksdepartementet

1960 års jordbruksutredning. 1. Kapitalutvecklingen
i det svenska lantbruket. [8] 2. Lantbrukets struk-
turutveckling [37]
Älgrågan. [11]
Veterinärmedicinsk forskning och undervisning.
Del II. [12]
Kronhjortsreservat m. m. [23]

Handelsdepartementet

Effektivare konsumentupplysning. [4]
Översättning av fördrag angående upprättandet av
Europeiska atomenergigemenskapen (Euratom) och
tillhörande dokument. [18]
Översättning av viktigare följdförfattningar till för-
dragen angående Europeiska ekonomiska gemen-
skapen och Europeiska kol- och stålgemenskapen
[33]

Inrikesdepartementet

Konsumtionsmönster på bostadsmarknaden. [3]
Bostadsstöd för pensionärer [41]
Kommunal markpolitik. [42]

TIDEN-BARNÄNGEN TRYCKERIER AB
STOCKHOLM 1964

