

Rehabilitering och företagshälsovård

Rehabiliteringsfrågorna har blivit alltmer påträngande i den socialmedicinska debatten under de senare åren. Det var därför naturligt att industriläkarföreningen tog upp "rehabilitering och företagshälsovård" som överläggningsämne vid sitt årsmöte i maj 1964. Den givande diskussionen publiceras i detta och följande nummer av Socialmedicinsk tidskrift, inklusive de debattinlägg som ställts till förfogande.

HELHETSSYN PÅ REHABILITERINGSVERKSAMHETEN

Av försäkringsdirektör *Seved Apelqvist*,
Stockholm

CRB:s målsättning var redan från början att ge stöd åt sådan verksamhet i olika former, som kunde vara värd att stödjas, och att antyda nya lösningar endast där sådana sakligt kunde vara motiverade. Det bör också framhållas, att CRB icke haft till uppgift att ge anvisningar om hur olika detaljfrågor skall lösas. I direktiven har angetts att beredningen skall pröva frågor om den ändamålsenliga organisationen och *samordningen* av rehabiliteringsverksamheten samt dessutom *tillsvidare själv fungera som ett centralt samordningsorgan*. CRB skall också enligt direktiven bl a särskilt uppmärksamma vanförestalternas och Arbetsklinikens ställning.

Beredningen har eftersträvat klara huvudlinjer men icke ställt krav på en schematisk likriktning av rehabiliteringsorganisationen inom olika områden. Vi har tvärtom förordat en viss flexibilitet, i varje fall under en period då olika experter och huvudmän borde ha möjlighet att pröva på olika vägar.

Regionsjukhusen bör tillerkännas hög prioritet, så att rehabiliteringsorganisationen på denna nivå kan vara fullbordad under det närmaste decenniet. På den punkten har beredningen kanske varit alltför optimistisk. Situationen är obestridligen denna: vid intet av våra regionsjuk-

hus, *inte ens vid undervisningssjukhusen*, finns i dag en fullständig och genomtänkt rehabiliteringsorganisation. Här och var finns ansatser som i bästa fall kan bli grunden till en framtida organisation.

Sedan Medicinalstyrelsen 1954 utsände sin kända och betydelsefulla VPM angående behovet av och resurserna för en utbyggd medicinsk rehabiliteringsverksamhet inom lasarettsvården har tyvärr inte så stora framsteg skett på den *medicinska* sidan av rehabiliteringsverksamheten, som man kunde ha väntat. En torr uppräkningslista av antalet rehabiliteringskliniker ger en överdriven föreställning om utvecklingen; och en onyanserad framställning av antalet rehabiliteringskliniker kan skapa den passivitetsfrämjande illusionen att allt är ganska väl beställt. Vi har i verkligheten på tok för få rehabiliteringsinstitutioner, och de flesta av de rehabiliteringskliniker man i allmänhet hör talas om har först på sistone kommit igång.

På *arbetsvårdssidan* har aktiviteten under det senaste decenniet varit större än på den medicinska rehabiliteringssidan, och mycket i utvecklingen här är värt stor respekt. Emellertid framgår det klart av uttalanden och statistiska uppgifter från Arbetsmarknadsstyrelsen att man in-

te heller inom arbetsvården anser att utvecklingen skett i tillfredsställande tempo och omfattning.

På grund av den snabbare utvecklingen inom arbetsvården och eftersläpningen på den medicinska sidan har det uppstått en bristande jämvikt i hela rehabiliteringssystemet.

De allt annat än väl avvägda finansieringsmetoderna har bidragit till denna oekonomiska snedvridning av utvecklingen. Bidragsformerna bör vara utformade på sådant sätt att huvudmännen kan planera och utbygga verksamheten med hänsyn till de faktiska behoven och icke av bidragstekniska skäl locka till avsteg från planering och investeringar som eljest skulle framstå som rationella.

En oroväckande brist på personal med erforderlig utbildning framträder på alla områden inom rehabiliteringsverksamheten: läkare, sjuksköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, kuratorer, psykologer, arbetsvårdstjänstemän och arbetsledare. Tyvärr kompliceras läget i hög grad av att osäkerhet ännu råder om vilka utbildningskrav som bör ställas på flera av dessa personalkategorier.

De avgörande skälen då CRB förordar en prioritering av rehabiliteringsanläggningar vid universitets- och regionsjukhus är att här skulle finnas tillgång till de institutioner, den expertis och de resurser i övrigt, som fordras för såväl praktisk som teoretisk utbildning av blivande rehabiliteringspersonal samt för en effektiv forskning rörande olika för rehabiliteringsverksamheten betydelsefulla frågor. Om inte dessa grundläggande problem snart får en rationell och effektiv lösning kan man befara, att investeringar som görs av huvudmännen inom de enskilda sjukvårdsområdena kan bli mindre fruktbringande på grund av svårigheten att erhålla kvalificerade sökande till inrättade tjänster.

Med utgångspunkt från sin helhetssyn på rehabiliteringsverksamheten i samhället har beredningen i sina riktlinjer hävdade att den totala rehabiliteringsorganisationen skall omfatta alla grupper av rehabiliteringsfall och sålunda även mentalsjuka, psykiskt efterblivna, alkoholsjuka,

kriminalvårdsklientel och andra socialt handikappade i behov av rehabilitering. Beträffande just dessa grupper liksom även vissa grupper av somatiskt sjuka och handikappade framhåller vi dock — vilket på sina håll synes ha förbisetts — att särskilda kompletterande former för deras rehabilitering bör finnas utöver de allmänna medicinska rehabiliteringsklinikerna. Beredningen har varit väl medveten om problematiken och omfattningen av hithörande problem. Överläggningar om en stor utredning har sedan länge ägt rum mellan CRB och socialdepartementet.

Vi har för vår del funnit det naturligt att de olika rehabiliteringsresurser, som successivt ställs till förfogande, skall kunna tagas i anspråk för de fall som behöver dem utan strikta gränsdragningar mellan skilda klientelgrupper. En person som vårdas 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. I all synnerhet så länge mentalsjukvården inte äger egna rehabiliteringsanläggningar. På samma sätt kan en person omhändertagen av kriminalvården vara i behov av råd och hjälp eller åtgärder, som lämpligen bör ställas till förfogande inom den allmänna ramen för rehabiliteringsverksamheten.

Redan i 1954 års VPM utgick för övrigt Medicinalstyrelsen från att de psykiatriska lasarettavdelningarnas patienter i viss utsträckning skall kunna utnyttja de allmänna rehabiliteringsklinikernas resurser. Det är sannolikt mindre anledning i dag än för tio år sedan att överge Medicinalstyrelsens dåtida uppfattning.

En viss klientblandning kan — enligt internationella erfarenheter — ofta vara till fördel för återanpassningen och ett steg mot normalisering. Givetvis under förutsättning av omsorgsfulla psykologiska och andra överväganden.

Vid sidan om personalrekryterings och utbildnings svårösta problem träder finansieringsfrågorna i förgrunden. Det är ett komplicerat spörsmål och kan inte presenteras med någ-

ra få ord. I fråga om finansieringsformerna har CRB bl a starkt betonat att om *patienten* skall uppleva rehabiliteringen som en *enhetlig* process, syftande till ett positivt mål, måste även hans förhållanden under denna process ekonomiskt och administrativt regleras på ett sätt som motsvarar denna målsättning. Detta förutsätter att erforderlig samordning kommer till stånd mellan bidragsförhållandena inom den medicinska sektorn och inom arbetsvården. *Den som är föremål* för rehabilitering måste få sina ekonomiska förhållanden så reglerade att rehabiliteringsprocessen inte kompliceras genom obefogade och svårbegripliga ojämnheter i detta hänseende. Helst skall rehabiliteringen i varje enskilt fall kunna bedrivas som en process utan skarpa gränsdragningar mellan skilda vårdformer.

Med avseende på rehabiliteringsklientelet framhåller 1960 års arbetsterapeututredning: "Kanske vill det synas som om återanpassning i arbete är den från såväl ekonomisk som social synpunkt viktigaste formen av och syftet med rehabiliteringen. Likväl utgör återanpassning i arbete dock endast en del av ett vidare syfte. I åtskilliga fall har rehabiliteringen en mer begränsad målsättning, exempelvis att en patient sättes i stånd att helt eller delvis klara sin dagliga personliga livsföring, ehuru utan egentlig produktiv insats. Även en sålunda begränsad rehabilitering kan representera betydande ekonomiska och humanitära värden." Detta stämmer med CRB:s uppfattning.

Från finansieringssynpunkt är det av vikt att även företagsekonomiska erfarenheter får vara vägledande på rehabiliteringsområdet. Vi kan nämligen inte med gott samvete göra anspråk på statsmakternas positiva intresse och medverkan då det gäller stora fasta investeringar och kontinuerliga bidrag till driftskostnader, om planeringen inte inger odelat förtroende. Alla lösningar, som innebär att man på ett oekonomiskt sätt tar i anspråk knappa organisatoriska eller personella resurser, måste för varje kritisk bedömare te sig föga realistiska.

Under vårt arbete i CRB har vi vid flera tillfällen diskuterat frågan om en möjlig aktivering

av försäkringskassorna. Eftersom jag personligen anser att försäkringskassorna liksom försäkringsföretag av annat slag bör vara någonting mera än strängt kamerala institutioner, är jag särskilt intresserad av detta spörsmål.

Insikten om lägets allvar på rehabiliteringsfronten leder bl a till den uppfattningen, att försäkringskassorna och andra socialförsäkringsorgan på ett helt annat sätt än hittills borde engagera sig i utformningen, planeringen och finansieringen av den erforderliga rehabiliteringsorganisationen.

Centrala rehabiliteringsberedningens väsentliga uppgift ligger på *samordningens* område. I sin promemoria av den 11 december 1962 tog CRB självklart upp en diskussion kring samordningsproblemen. I ett flertal remissyttranden har samordningsfrågorna berörts, och en remissinstans — Folksam — har ägnat uppmärksamhet åt det *totala samordningsproblemet*. I sitt remissyttrande hävdar Folksam att förklaringen till den ofullständiga helhetsbild man för närvarande har av rehabiliteringsbehoven delvis kan ligga i den boskillnad som gjorts mellan medicinsk och yrkesmässig rehabilitering. Övervägande skäl synes nu enligt Folksams upfattning tala för att en reell samordning kommer till stånd mellan vad som i dag — *utan att klart kunna åtskiljas* — betecknas som medicinsk, social och arbetsmässig rehabilitering. Hela rehabiliteringsprocessen bör nämligen stå under en fortlöpande medicinsk ledning och kontroll som i lämpliga former utgår från de rehabiliteringscentra i medicinskt avseende som rehabiliteringsklinikerna är avsedda att bli. Folksam anser vidare att det torde stå klart för alla att en uppbyggnad av rehabiliteringen enligt den målsättning beredningen gjort till sin inte gärna kan komma till stånd med den nuvarande *oorganiserade* uppdelningen av rehabiliteringsåtgärderna mellan sjukvårdens och arbetsvårdens organ. Med hänsyn till de betydande ekonomiska intressen socialförsäkringens speciella organ har att med hjälp av en funktionsduglig rehabiliteringsorganisation söka nedbringa kostnaderna för sjukpenning och förtidspension ligger den slutsatsen nära till hands,

att *riksförsäkringsverket* bör bli den centralt ansvariga myndigheten för hela rehabiliteringssystemet.

Detta förslag ter sig som ett Columbi ägg. Om man tar hänsyn till att många centrala ämbetsverk är engagerade inom rehabiliteringssystemet, frågar man sig emellertid om det skulle vara praktisk politik att för framtiden lägga det centrala inflytandet hos *ett* av dessa ämbetsverk. Vi har inom beredningen ännu inte slutdiskuterat samordningsspörsmålen, men det förefaller inte troligt att beredningen kommer att gå på den av Folksam anvisade vägen, trots starka skäl som kunde tala härför. Min personliga uppfattning är att varken Centrala rehabiliteringsberedningen i sin nuvarande form eller något av de engagerade ämbetsverken på längre sikt skulle kunna utöva den erforderliga myndigheten att på rehabiliteringens komplicerade fält ändamålsenligt samordna alla disparata intressen. För mig ter det sig som en alternativ lösning att få den centrala samordningen utövad från ett organ, i vilket de engagerade departementen skulle vara företrädare.

Med sina riktlinjer har CRB bl a velat understryka nödvändigheten av en *helhetssyn* på den djupt integrerande del i hela området för sjukvård, arbetsvård och socialvård som rehabiliteringsverksamheten utgör. En sådan helhetssyn är inte minst viktig för att man under en utbyggnadstid, då provisorier av olika slag stundom måste tillgripas, likväl skall kunna passa in dem i systemet på ett funktionellt sätt och undvika sådana felinvesteringar, som kan försvåra ett realiserande av en mera definitiv organisation.

En ledande linje har också varit att medverka till en större tyngd åt den medicinska sidan i rehabiliteringssystemet. Vi har bl a hos socialdepartementet förordat en upprustning av Medicinalstyrelsens rehabiliteringsexpertis, som sträcker sig längre än verkets egna anspråk, och statsverkspropositionen 1964 visar att resonans vunnits.

I min relativt kortfattade presentation av CRB:s synpunkter på de aktuella rehabilite-

ringsfrågorna har jag inte ägnat uppmärksamhet åt vissa kontroversiella punkter, exempelvis arbetsprovningens definition och placering inom rehabiliteringssystemet och Statens arbetskliniks framtida ställning. Tiden tillåter mig inte heller att ta upp dessa spörsmål till behandling.

När det gäller sådan mera kvalificerad arbetsprovning, som äger rum vid Statens arbetsklirik, finns det många skäl som talar för att sådana arbetsprovningsresurser i framtiden placeras i första hand vid undervisningssjukhusen och andra regionsjukhus, men knappast i den organisationsform som hittills varit utmärkande för Statens arbetsklirik.

I fråga om arbetsprovningen är jag ganska övertygad om att den uppfattningen med tiden kommer att tränga igenom, att arbetsprovningen i första hand måste betraktas som en medicinsk och social fråga. Den arbetsmarknadspolitiska aspekten kommer ändå alltid att spela en stor roll.

Det är av särskilt intresse att notera att Svenska Industriläkarföreningen med sin speciella sakkunnskap i fråga om arbetslivet och arbetskraven ansett det vara av fundamental vikt, att arbetsprovningen placeras i anslutning till den allmänna rehabiliteringskliniken och att arbetsmarknadsmässigt relevanta målsättningar baseras på medicinska bedömningar i samråd mellan rehabiliteringsläkaren och företagsläkaren ute i företagen. Industriläkarna har, säger föreningen, med all rätt stor erfarenhet av rehabilitering och har goda erfarenheter av möjligheterna att pröva patienterna gentemot tänkta arbetsuppgifter med hänsyn tagen till objektiva fysiologiska och psykologiska mätresultat.

Även i andra avsnitt av rehabiliteringssammanhangen innehåller Svenska Industriläkarföreningens remissyttrande över CRB:s PM intressanta och enligt min mening tungt vägande synpunkter.

Vissa intensiva stödåtgärder från samhälleliga organ upphör i många fall mycket abrupt och individen lämnas åt sig själv för att ta sin framtid i egna händer, framhålls i remissyttrandet. Detta sker inom många områden: sjukvård, ar-

betsvård, fångvård, alkoholistvård etc. Inom industrien märker företagsläkare och personalkonsulenter många gånger effekten av dessa strävanden i form av negativa resultat som förbryllar. Alltför ofta har industriläkarna sett hur genom arbetsförmedlingen helt orealistiska dirigeringar av handikappat klientel sker. Då svårigheter att skaffa lämpligt arbete hopar sig söker man till synes i desperation skaffa arbete var det kan bjudas utan medicinska förundersökningar, ja det förekommer till och med att svårt begränsat arbetsföra själva söker helt orealistiska arbeten där de vid förfrågan förklarar att de själva är ytterst tveksamma, men inte vill visa sig ovilliga gentemot arbetsförmedlingarnas tryck.

Det förhållandet att medicinska, arbetsmarknadsmässiga och sociala organ arbetar så föga integrerat, innebär att dyrbara insatser riskerar att ske slumpmässigt och utan samordning.

Redan i dag märker vi, säger industriläkarföreningen vidare, hur den fortgående rationaliseringen medför mer och mer specificerade arbetskrav och bortrationaliserar många av de industriella sysselsättningar som av tradition har reserverats för åldrande och handikappad arbetskraft. Nya faktorer av typen skiftarbete, höjd

arbets hastighet, krav på psykisk stabilitet osv blir oöverstigbara krav ifråga om arbetsuppgifter som annars skulle vara fysiskt lätta och lämpade. Detta kommer att medföra att rehabiliteringen kommer att ställas inför betydligt svårare uppgifter än tidigare och måste inriktas mot förutsättningar av annat slag än vad som är för handen i dag.

Systematiskt samarbete med industriläkarna förordas, men det påpekas att alldeles riktigt möjligheterna begränsas genom att endast delar av arbetslivet är täckta av företagshälsovård. En fortsatt snabb utbyggnad av företagshälsovården är därför motiverad, inte minst med hänsyn till det fördelaktigare utgångsläge som kunde skapas för det framtida rehabiliteringssystemet.

Under ordförandeskap av professor Sven Forssman och under medverkan av representanter för Industriläkarkåren pågår för CRB:s räkning en utredning om närmare samordning mellan de allmänna rehabiliteringsresurserna och rehabiliteringsinsatserna inom näringslivet. Det finns stor anledning att tro att resultatet av detta utredningsarbete kommer att bli en betydelsefull vägledning.

FÖRETAGSHÄLSOVÅRDEN SOM REHABILITERINGSINSTRUMENT

Av LO:s medicinske rådgivare,
doktor *Erik Bolinder*, Västerås.

När vi talar om modern företagshälsovård i olika sammanhang skall vi vara klara över att detta är en verksamhetsform som förekommer relativt sporadiskt inom vårt näringsliv. Det är framför allt de stora företagen som har inlemmat medicinsk expertis i sitt personalvårdande program. Man kan finna hälsovård av mer totalt företagsanknuten karaktär i företag med över 1.000 anställda. Ett par exempel finns i landet på industrihälsovård som försörjer ett antal mindre företag som slagit sig samman om en hälsovårdscentral.

Ett antal mindre företag har en del av hälsovårdsprogrammet intäckt genom industrisjuksköterska. I övrigt finns inom näringslivet mycket dålig intäckning härvidlag. Olika typer av engagemang i företagen baserade på tjänsteläkare på orten finns men härvidlag är det mest sjuk- och olycksfallsvård som ingår i verksamheten och vad vi menar med industrihälsovård finns inte där.

Företagshälsovården är som synes ett ganska nytt skott på medicinens träd och vi kan säkert förvänta en relativt snabb utveckling på detta