

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

område. Behoven är stora och många *aktiviteter* är på gång såväl från arbetsmarknadens parter som från samhälleligt håll.

Industrihälsovårdens *aktiviteter* riktar sig dels mot personella bedömningar, dels mot bedömningar av arbetsmiljön. Man syftar till att fasa ihop dessa två poler av samfunktionen mellan maskin och människa för att åstadkomma åtgärder för så optimal anpassning som möjligt.

I det spektrum av bedömningar som göres av arbetsledning och personalavdelning infogas läkarens bedömningar av hälsotillståndet i nyanställningsundersökningar, hälsokontroller och omplaceringar. Genom att läkaren dessutom inlemmar sig i den stab av funktioner som finns inom ett företag för projektering, planering, nykonstruktion m. m. på den tekniska sidan kan han påverka utformningen av arbetsplatserna på ett sådant sätt att de innehåller fysiologiska och psykologiska krav i så stor utsträckning som möjligt. Genom hälsokontrollerna och genom sjukvården kan läkaren dessutom fånga upp individuella begränsningar i arbetshänseende som kan sättas i relation till den individuella arbetsplatsens krav. Dessa jämförelser kan bli incitament till rekommendationer om förändringar av teknisk art i arbetsförloppet som ger individen möjligheter att fortsätta sitt arbete trots förändrad kapacitet. I andra fall kan åtgärderna medföra en omplacering till lämpligare arbete. Förhållandet att man på detta sätt planmässigt och i god tid kan genomföra dylika förändringar är mer och mer väsentligt i en tid där mer och mer förarbete och framför allt utbildning krävs vid omplaceringssituationer.

Personalfrågorna inom ett företag har betydligt större medicinska aspekter än man är böjd att tro. Inventeringar av hälsotillstånd och arbetsmässighet bland personalen har gjorts vid flera företag och alla siffror är mycket entydiga. Endast mellan 50—60 % av de anställda har en obetingad arbetsförmåga. 20—25 % är behäftade med varierande arbetshinder som dock väl går att kompensera i produktionen genom selektiv inplacering. 10—15 % har så grava

begränsningar att man med svårighet kan bereda dem ett meningsfyllt arbete och ca 5 % av arbetsstyrkan måste man alltid räkna med såsom varande i behov av mer skyddad sysselsättning där man inte kan ställa krav på vad man kallar normalprestation. Det förefaller som om denna problematik är ganska oberoende av konjunkturförhållanden. Den blir mer och mer svårbe-mästrad i och med fortgående rationalisering.

Man har mycket små möjligheter att styra denna utveckling genom ändrade rekryteringsnormer. Detta vore förresten i och för sig en orimlighet eftersom man sedan länge haft stora rekryteringssvårigheter och måste ta vad man kan få. Läkarens uppgift vid nyanställningsförfarandet är alltså inte att plocka russin ur kakan utan att medverka till att förutsäga möjligheter till anpassning mellan den arbetssökande och den tilltänkta arbetsuppgiften. Varje nyanställning är för företaget en kapitalinvestering som blir större ju mer komplicerade arbetsuppgifterna är.

Lägger man härtill den ökade graden av anställningstrygghet som krävs av företagen, kan en misslyckad nyanställning bli oerhört kostsam, om det visar sig att man efter en tid måste göra en omplacering till en arbetsuppgift som inte a priori är väl motiverad.

Med hänsyn till det stora utfall av betingat arbetsföra som företagets egen personalstyrka successivt faller ut genom åldrande, olycksfall och sjukdom är det naturligt att man funnit det lönsamt att etablera skyddade verkstäder där man drar till sig lämpliga arbetsuppgifter från den övriga produktionen och på så sätt skapar möjligheter till mer individuellt "skräddarsydda" arbetsuppgifter för dem som omöjligen går att placera ute i den ordinarie produktionen. Dessa verkstäder används även som teststationer för sådant klientel som man behöver skaffa sig en bättre uppfattning om i arbetshänseende inför valet av lämplig omplacering ute i produktionen.

Rehabiliterande åtgärder ute i produktionen sker framför allt på basis av det samarbete som

sker mellan industriläkaren och företagets övriga stab. Härvidlag kan påpekas det kontinuerliga samarbete som pågår i detta team för att på sikt göra alla arbetsplatser inom företaget så arbetsmässiga som möjligt. Genom eliminering av faktorer som bidrar till hög arbetstyngd, oönskade ställningar, besvärliga lyft m. m. blir rekryteringsbasen över huvud taget bredare med möjligheter till större grader av sysselsättning för fysiskt begränsade. Genom bioteknologiska åtgärder riktade mot individuella förhållanden strävar man efter att bibehålla en handicapads sysselsättning genom att med olika åtgärder ändra arbetet så att det passar hans situation. Det finns exempel på hur man på detta sätt kunnat behålla äldre arbetskraft i gamla arbetet trots att åldersfaktorerna börjat utgöra begränsningar för ett fortsatt arbete.

Inom vissa företag har man gjort försök med en inventering av arbetsplatser lämpade för betingat arbetsföra. Man anser sig inte kunna friställa dessa platser omedelbart för dylika behov men på sikt anses det att de skall fyllas med personal som behöver dem när vakanser uppstår.

Ett företag med goda personalvårdande resurser och en egen hälsovårdsorganisation rustar sig alltså för att klara den mångfald av rehabiliteringsproblem som uppkommer inom de egna murarna. Vad har då ett sådant företag för möjligheter att dessutom motsvara det sysselsättningsbehov som samhällelig rehabilitering och arbetsvård kräver?

Härvidlag kan sägas att man på intet sätt är negativ till att diskutera anställning av ett rehabiliterat klientel. Å andra sidan vill man inte göra oöverlagda försök utan vill skaffa sig så stora garantier som någonsin är möjligt baserade på egna bedömningar om detta klientels möjligheter till framgång i arbetet. För dessa bedömningar fordras ett öppet och intimt samarbete mellan företagets personalavdelning — läkare och representanterna för arbetsvården och den medicinska rehabiliteringen. För närvarande bromsas denna positiva inställning på grund av avsaknaden av detta nära samarbete

mellan instanserna. Det finns inga rutiner för hur data skall distribueras mellan rehabiliterings- och arbetsvårdsinstanser — företag före en konkret anställningssituation. Dessutom upplever företagen ofta arbetsvårdens strävanden som ett tryck där man inte kan komma ifrån känslan av att bli påprackad orealistiskt klientel.

En annan förutsättning som också verkar i negativ riktning är förhållandet att man inte klarat av rutiner för återgångsvägar, om ett anställningsförsök visar sig misslyckat. Företaget oroar sig för att ådra sig ett sysselsättningsansvar för en individ som rätt snart visar sig vara en negativ investering.

I företag med mer perifer läkaranknytning eller ingen läkare alls inkopplad i anställningsförfarandet blir kontakterna med arbetsvården ändå mer beroende av personliga uppfattningar och upplevelser. Det synes vara så att företag av denna typ inte etablerat samma sysselsättningsansvar som personalvårdsmässigt mer avancerade företag. Detta kan leda till att de till synes är mer positiva i anställningshänseende vad gäller rehabiliteringsklientel men bristen på uppföljning och begränsade möjligheter till målinriktade omplaceringar gör att detta klientel blir mycket kortvarigt i dessa företag och snart är ute på arbetsmarknaden igen.

Vår industriella situation präglas av en starkt accelererad rationalisering. Detta innebär många konsekvenser för arbetskraften. Mekaniseringen medför att många arbetsuppgifter som varit traditionella reträttplatser försvinner. Man övergår mer och mer till prestationsmätning som även börjar sträcka sig ut mot underhållssidan, vilket också förändrar kraven på dessa arbetsuppgifter. Man köper tjänster utifrån som t. ex. vakttjänst, vissa interna transporter o. s. v. som också de tidigare varit bra omplaceringsmöjligheter, framför allt för äldre arbetskraft.

Över huvud taget börjar produktionsinriktningen gå mot stora serier i mycket mekaniserade förlopp och variationen på arbetsuppgifter begränsas avsevärt. För de arbeten som finns kvar är ofta kraven mycket speciella, antingen

beträffande utbildning med stort ansvar och krav på omdöme, förmåga att fatta snabba beslut m. m. i mer högkvalificerade styrningsoperationer, eller krav på repetitivitet, monoton, hastighet i enkla matningsjobb. Skiftgången tenderar att öka inom vissa områden.

Allt detta medför att kraven vad gäller personalen blir betydligt mer specificerade än förr. Framför allt är det de som är äldre och har behov av en mer ombonad arbetsplats där de kan något så när bestämma sin arbetstakt själva som kommer i kläm i placeringshänseende. Dessutom den grupp betingat arbetsföra som i sitt handicap har psykiska komponenter och de som inte har någon utbildning att falla tillbaka på.

Dessa förhållanden kommer sannolikt att medföra att rehabiliteringen för den stora gruppen människor kommer att bli lättare att genomföra. Fysiska handicap kommer att ha flera industriella valmöjligheter än nu genom att arbetstygnd och fysisk påfrestning mer och mer reduceras genom mekaniseringen.

Å andra sidan kommer de psykiska handikapp att bli mer besvärande. Den stora grupp av rehabiliteringsklientel, vilket vi för närvarande arbetar med inom arbetsvården, som är ett resultat av långvarig resignation i sjukdom och arbetsoförmåga och som framför allt har psykiska handicap av typen ångslan, resignation, trög intellektuell kapacitet m m kommer troligen, inte att finna så många möjligheter till sysselsättning inom modern industri. Det synes därför vara desto viktigare att framtidens rehabilitering får en sådan snabb effekt att den i så ringa mån som möjligt tillåter en eftersläpning som medför ett utfall av dylikt klientel.

Här har diskuterats hur rationaliseringen ställer krav på förplanerad arbetsinplacering. Kraven på full och mätbar effektivitet i systemet maskin—människa, de ökade ekonomiska konsekvenserna för företaget i varje nyanställningssituation, allt detta medför att företagen mer och mer kommer att gardera sig för misslyckanden och dåliga investeringar genom att kräva en organisation för personalbedömning och perso-

naluppföljning som även innehåller medicinska bedömningar. Utvecklingen synes alltså klart gå mot en utvecklad industrihälsovård där fler och fler företag skaffar sig medicinsk expertis.

Det är denna expertis inom företaget som ansvarar för att de anställdas anpassning skall fungera optimalt.

Det synes då för framtiden vara en klar målsättning att rehabiliterings- och arbetsvårdsinstanserna i samhället måste bygga upp vägar för samarbete med denna företagsdrivna organisation på personal- och läkarsidan.

Ansvariga instanser inom företaget bör inom sitt ansvarsområde ha uppföljning av företagets aktuella sysselsättningssituation vad gäller kort- och långsiktig planering för interna rehabiliterings- och omplaceringsbehov. Man bör där även ha en kartläggning över arbetskraven för företagets olika arbetsuppgifter, kartläggning av arbetsplatser för olika typer av begränsat arbetsföra. I viss utsträckning bör man även ha arrangemang för skyddade interna verkstäder där man har möjligheter till testning och praktisk prövning av rehabiliteringsklientel gentemot konkreta arbetsuppgifter av sådan typ som förekommer inom företaget.

Inför nyanställningssituationer bör snabba och enkla rutiner etableras mellan rehabiliteringsorganisationen i samhället och motsvarande organ inom företaget med personliga och nära kontakter mellan resp. läkare och arbetsvård-personalavdelning.

Ansvarsfördelning måste klargöras. Vägar måste tillskapas för möjligheter till prövning inom företaget av rehabiliterade i tveksamma fall, varvid samhället kvarhåller ansvaret för den arbetsprövade inom en uppföljningsperiod där man gemensamt följer utvecklingen i företaget.

Samarbetsformer bör etableras mellan vederbörande rehabiliteringsklinik—träningsverkstäder och företagets rehabiliteringsverkstad på så sätt att all kvalificerad medicinsk rehabilitering sker på kliniken, arbetsprövningen och arbetsträningen i samhällets regi inriktas mot konkreta mål genom samråd med företagets expertis

och möjligheter till slutlig praktisk arbetsträning och arbetsprövning i produktionsförhållanden tillskapas ute i företagens regi men med samhällets bibehållna ansvar.

Företagens egna behov av utslussning av egna rehabiliteringsproblem skall finna smidiga vägar ut till samhällets arbetsvårdande organ.

Möjligheterna till 50 % förtidspensionering bör utredas så att denna möjlighet skall kunna utnyttjas med mer praktiska målsättningar.

Ekonomiska stöd- och stimulansåtgärder från samhället till företag i den mån som de engagerar sig i skyddade verkstäder och organisation för rehabilitering borde vara lönsamma på sikt.

FÖRSÄKRINGSKASSORNAS REHABILITERINGSMEDVERKAN

Av direktör *Sven Bohman*,
Stockholms Allm. Försäkringskassa, Stockholm.

Klienteletets omfattning

Medan diskussionen om rehabiliteringsorganisation och rehabiliteringsresurser pågår, strömmar sjukanmälningar och ansökningar om förtidspension i en aldrig sinande ström in till de allmänna försäkringskassorna.

Redan för sjukpenningförsäkrade personer i ålder 16—67 år rör sig antalet anmälda insjuknanden varje år om mer än 2.500.000 med en försäkringskostnad för sjukpenning och barn-tillägg som överstiger 1 miljard kronor. Statistiken har lärt oss att av dessa insjuknanden kommer 200.000 årligen att medföra arbetsoförmåga under längre tid än 90 dagar i följd. Kanske 20.000—30.000 kommer att vara av så allvarlig och långvarig art att frågan om förtidspension måste prövas.

De fall som på grund av sjukdom under lång tid i följd eller eljest på grund av upprepade recidiv kan betraktas som potentiella rehabiliteringsfall har exempelvis i de fyra största städerna visat ett årligt tillflöde i åldersgrupperna 16—60 år av storleksordningen 25—30 fall per 1.000 försäkrade. Med en stegring genom åldersgrupperna som ger 10 gånger högre frekvens i den högsta än i den lägsta.

Av fallen är 1/3 arbetsoförmögna på grund av psykiska sjukdomar, resten av somatiska och inom dessa senare väger skelettets och rörelseorganens sjukdomar mycket tungt.

Den allmänna målsättningen

Det är företrädesvis kring detta stora och ständigt förnyade klientel som försäkringskassornas av försäkringslagen påbjudna rehabiliteringsmedverkan ska organiseras. Detta är ingen för kassorna ny och främmande uppgift. Men med den nya lagen, dess höga förmånsnivåer och dess hos kassorna sammanstyrda materiella och administrativa samordning måste följa en aktivitet på bredare front och med större intensitet än förut. Därvidlag återstår ännu åtskilligt.

Med den nya helhetssyn som anläggs på rehabiliteringen och som bland annat kommit till uttryck i Centrala Rehabiliteringsberedningens programförklaring följer dessutom att kassornas medverkan inte kan styras bara av vad som kan vara försäkringsekonomiskt fördelaktigt. Inte bara sikta till åtgärder som kan antas förkorta sjukdomstid, eliminera eller mildra sjukdoms följder och därmed mildra trycket mot försäkringen. Utan måste innefatta också sådana som även eljest kan bidra till att en person i fysiskt, psykiskt, socialt och arbetsmässigt avseende återvinner funktionsförmåga och kan leva ett aktivt liv.

Därav formuleras dock ett mycket anspråksfullt rehabiliteringsbegrepp som både med hänsyn till klienteletets omfattning och ärendenas svårighetsgrad medför utomordentliga krav på kas-