

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-

sornas aktivitet, resurser och kompetens. Vilket allt kräver tid att bygga ut.

## Uppspårande — bedömning — genomförande

Försäkringskassans rehabiliteringsmedverkan ingår som ett led i den del av det interna försäkringsarbetet som syftar till att skapa ett fastare grepp om förmånsrättens art och omfattning för dem som är långvarigt eller särskilt ofta sjuk-skrivna. Tyngdpunkten bildas av de fall som varat i minst 90 dagar. Bland dessa, andra sjuk-skrivna, bland de pensionssökande och övriga försäkrade ska alltså kassan:

- a) uppspåra potentiella rehabiliteringsfall,
- b) utreda och pröva betingelserna för rehabiliteringsåtgärder,
- c) tillse att betingade åtgärder blir vidtagna.

Den uppspårande verksamheten ska t. ex. i en länskassa genomföras genom samverkan och informationsutväxling mellan lokal- och centralkontor. Man måste tillvarata den kunskap om de lokala förhållandena och den personkänedom som finns på lokalkontoret samtidigt som det mest kvalificerade utredningsarbetet och den slutliga bedömningen av rehabiliteringsbehovet och dess art genomförs av centralkontorets specialister under medverkan främst av kassans förtroendeläkare.

Ur det stora antalet granskade och utredda ärenden ska handläggningen utkristallisera den del som kassan finner vara potentiella rehabiliteringsfall, kring vilka det därefter ska utspelas en samverkan mellan kassan och utomstående part. Vanligast mellan kassa, medicinsk vård och arbetsvård.

Därvid får förtroendeläkaren ta sig an de medicinska vård- och rehabiliteringsfrågorna och utveckla de enskilda kontakter med praktiserande läkare och medicinska institutioner som erfordras för samverkan.

Med arbetsvården sker samarbetet i organiserad form genom regelbundet sammanträdande "samarbetslag", där man gemensamt penetrerar uppspårade potentiella arbetsvårdsfall och andra mera svårbedömda ärenden.

För ett tillräckligt aktivt och differentierat initiativtagande på rehabiliteringsområdet krävs att kassorna är inställda på kontakter och samarbete också åt åtskilliga andra håll. Arbetsgivarnas intresse och medverkan, som är av utslagsgivande betydelse för rehabiliteringsverksamhetens effekt, gör företagen och deras personalavdelningar till viktiga tidiga kontaktpunkter i åtskilliga ärenden. Så långt detta kan ske utan att kassorna gör intrång på de verksamhetsområden, där arbetsförmedling och arbetsvård ska verka. Kommunala verksamheter, främst socialvård, nykterhetsvård m. fl. hör också till kretsen av intressenter på rehabiliteringsområdet, som kassorna måste intimt samverka med. Dit hör de handikappades egna organisationer samt åtskilliga andra.

Det faller av sig självt att företagsläkaren — industriläkaren, där sådan finns, utgör en utomordentligt viktig kontaktpunkt för kassan och förtroendeläkaren. Med sin medicinska sakkunskap förenar industriläkaren kunskap om och erfarenheter av arbetsmiljö och arbetskrav. Just den kombination av bedömningsmöjligheter som eljest är så ytterligt svår att åstadkomma. En tidig kontakt från kassans sida med industriläkaren måste därför utgöra den bästa spelöppningen i ett av kassan uppspårat ärende. Inte minst för att få bekräftelse på att rehabiliteringsfrågan i dessa ärenden — vilket oftast är fallet — kommer att lösas utan att kassans inblandning är påkallad.

Samtidigt bör kanske nämnas att kontaktsökandet ibland går i andra riktningen, där kassan direkt eller via förtroendeläkaren självfallet är villig att dela med sig av sin sakkunskap i försäkringsfrågor eller av sina för rehabiliteringsfrågan måhända betydelsefulla uppgifter om och erfarenheter av klienten och hans av kassan kända förhållanden.

Med stöd av lagen ska försäkringskassa slutligen tillse att betingade åtgärder blir vidtagna. Kassan svarar inte själv för några verkställighetsåtgärder. Den har inte heller utrustats med några befogenheter gentemot de olika verkställighetsorgan som finns. Försäkringskassan är

den uppspårande, utredande, initiativtagande och förmedlande parten i en fri samverkan med alla på dem, på vilka det ankommer att i kraft av egna ämbeten och på eget ansvar genomföra rehabiliteringsåtgärder i de ärenden som kassan på redovisade skäl remitterat till dem.

## Behov och resurser

Det visserligen endast delvis kända men under alla förhållanden mycket stora antal fall som jag inledningsvis återopade som basmaterialet för kassornas uppspårande verksamhet igångsätter, om det ska genomarbetas, ett stort utredningsmaskineri och blir en tung papperskvarn. Även om det samtidigt är flera viktiga interna ändamål som ska tillgodoses därmed, så kan man inte planera för och genomföra förstärkningar av kassornas utredningsorganisation utan att överväga det sannolika förhållande som råder eller som kan uppstå mellan det antal potentiella rehabiliteringsfall av skilda slag som försäkringskassorna skulle kunna spåra upp och det antal som den utövade rehabiliteringen kan ta sig an.

Organisation och resurser för kassornas rehabiliteringsmedverkan har av naturliga skäl ännu inte kunnat anpassas till det vittomfattande rehabiliteringsbegrepp som CRB lanserar. Det fattas därför åtskilligt, innan man skulle kunna utveckla full slagkraft. Under år 1963 granskades 115.000 90-dagarsfall i kassorna, varav t. ex. 10.000 diskuterades i samarbetslag och 5.400 remitterades till arbetsvården för åtgärder. Samtidigt måste man ju ha klart för sig, att en mycket stor del av rehabiliteringsfallen uppspåras och görs till föremål för åtgärder helt vid sidan om kassorna utan att deras medverkan varit påkallad. Om kassorna ökar sin kontroll- och utredningskapacitet och lyckas få ett starkare grepp över sina mest frekventa eller långvarigt sjukskrivna, kommer detta samtidigt att öka inte bara kassornas eget utan även det sammanlagda antalet uppspårade rehabiliteringsfall. Resultatet blir inte minst detta att det kommer fram flera svårpåverkade fall i högre åldersgrupper.

Redan nu är det lätt att konstatera hur reha-

biliteringsresurserna varierar mellan de olika kassaområdena och att den uppspårande verksamheten på åtskilliga håll sedan länge har producerat mera än vad medicinsk vård och arbetsvård kan svälja. Man kan iaktta hur trånga sektioner t. ex. i sjukvården genom orimliga väntetider skapar och konserverar rehabiliteringsfall, som man därefter, när man spårat upp dem, också finner sig sakna resurser att genom medicinsk utredning få något grepp om. Samma ojämnheter finns givetvis beträffande arbetsvården och dess olika grenar.

Detta innebär att kassorna på sina håll måste gallra mycket hårt bland alla de fall som i och för sig är i behov av rehabiliteringsvård av något slag. Man kan inte sitta och blint remittera alla uppspårade fall till olika verkställighetsorgan, när man vet att effekten begränsar sig till detta att en bunt papper lyfts över från ett skrivbord till ett annat. Kassorna tvingas därför — ofta i samarbete med arbetsvården inom samarbetslagen — till en i och för sig orimlig rationering av rehabiliteringen. För att åtminstone inte inge allt för många remitterade rehabiliteringssökande orealistiska förväntningar om en vård eller en hjälp som de inte kan få.

Rehabiliteringsbehoven är i dagens läge avsevärt större än de dessutom ojämnt fördelade resurser som finns för deras tillgodoseende. I väntan på ökade resurser och större differentiering, som kommer att kräva avsevärd tid, får väl alla hjälpas åt för att utvinna mesta möjliga av dem som finns.

I den rådande bristsituationen understryks betydelsen av företagshälsovården mycket kraftigt. Men också — som man icke minst från försäkringens håll måste se det — den roll som företagsläkaren kan spela på rehabiliteringsområdet. Bland annat på det sättet att ett tidigt omhändertagande inom företaget av de interna rehabiliteringsfallen ofta nog befriar dem från tvånget att eljest trängas i remissköerna till rehabiliteringsinstitutionerna.

Försäkringskassorna är beredda till all den samverkan därvidlag som kan underlätta industriläkarnas verksamhet.