

för andra och tredje veckan 89 % (i stället för 71,8 %),

för fjärde veckan och därefter 91,7 % (i stället för 71,8 %).

Detta innebär alltså en väsentlig förbättring för individen under konvalescenttiden.

För skatteavdragskolumn 1, "ogift manlig person" är de ekonomiska fördelarna ännu större. Där blir procentsiffrorna:

För första sjukveckan 87,5 % (i stället för 41,5 %),

för andra och tredje veckan 97 % (i stället för 71,8 %),

för fjärde veckan och därefter 99 % (i stället för 71,8 %).

Det blir alltså praktiskt taget ingen förtjänstminskning med denna form av arbete.

Erfarenheterna har visat att företaget för denna verksamhet får ut prestation mot betalning. Självfallet varierar prestationerna från individ till individ inom detta klientel så att några kanske inte presterar mer än 25—30 % medan andra åter går över de 50 procenten upp till 70—80 %. Generellt kan man nog säga att företaget genom detta arrangemang vunnit ett väsentligt antal produktiva timmar men den största fördelen ligger kanske ännu mer däri att vi får större garantier att få behålla arbetaren. Genom konvalescentarbetet har vi dessutom hjälpt honom till ett snabbare tillfrisknande vilket i allra högsta grad verifieras av våra läkare.

Från Sjukassans sida medför detta givetvis väsentliga besparingar genom att under sjukskrivningen endast 50 % sjukpenning utbetalas. Dessutom betyder ju ett snabbare tillfrisknande att även denna del bortfaller.

För att belysa omfattningen av denna form av rehabiliteringsverksamhet kan jag nämna att under år 1963 förekom inte mindre än 422 patienter som av våra läkare rekommenderats till konvalescentarbete. Av dessa kunde 163 placeras på enklare arbetsuppgifter men med full lön och 204 (närmare 50 % av patienterna) med 50-procentig sjukpenning. 36 kunde inte sysselsättas på grund av skadans art. 19 accepterade inte 50 % sjukskrivning utan förblev helt sjukskrivna.

Trenden på denna verksamhet har ständigt varit stigande och jag kan som jämförelse nämna att under de 4 första månaderna år 1963 hade vi sammanlagt 131 fall varav 124 kunde sysselsättas i någon form. Under motsvarande 4 månader år 1964 hade vi inte mindre än 235 fall och av dessa kunde 198 sysselsättas.

Ja, detta var några korta kommentarer om företagets synpunkter på rehabiliteringsverksamheten. Framför allt har jag alltså dels velat trycka på de krav som från företagsledningen måste ställas för att arbetet skall kunna fortlöpa enligt uppgjorda tids- och produktionsplaner, dels velat poängtera den ekonomiska sidan av verksamheten.

ERFARENHETER AV REHABILITERING VID ETT LASARETT¹⁾

Av doktor K. G. Rignér, Eskilstuna

I sitt yttrande över CRB:s PM uttalade Läkarförbundet att av särskild vikt är att uppmärksamma behovet av smidiga kontakter mellan rehabiliteringsinstitutioner av olika slag och industriläkarna. Detta finner vi naturligtvis själv-

klart och i viss mån har väl sådana kontakter också etablerats via vanliga interkollegiala vägar, genom remisser och remissvar, läkarmöten av olika slag och ibland också besök ute på industrierna. Frågan är nu vilka uppgifter vi kan hjälpa varandra med. Vad kan speciellt lasarettss-avdelningarna ta på sig här, i vilken mån och i

¹⁾ Från rehabiliteringsavdelningen i Eskilstuna.

vilka fall kan de vara remissinstanser för industrimedicin?

Erfarenheterna från rehabiliteringsklinikerna gäller ännu endast korta tider, Borås ungefär 6 år, Danderyd, Västerås och Eskilstuna 1—2 år för att nu hålla oss till centrallasaretten.

Beträffande definition på rehabiliteringsklinik så tycker jag man kan använda följande, som har framförts i flera sammanhang: En avdelning under särskild läkare för rörelseterapi, funktionstränande arbetsterapi inklusive ADL-träning och industriell arbetsterapi, vidare kuratorsverksamhet och regelbundet samarbete med arbetsvården.

Personligen tror jag utvecklingen blir sådan att dessa avdelningar får, efter internationellt mönster, ta på sig en hel del fysikalisk medicin i mer vidsträckt bemärkelse och eventuellt en del diagnostiska metoder, framför allt för funktionsmätning och detta blir väl lokalt varierande beroende på hur tillgången till fysiologisk, neurofysiologisk och psykologisk expertis är på olika platser.

Verksamheten spänner alltså över stora fält och man måste räkna med att uppe på regionplanet, där det krävs kompetens för forskning och undervisning också, kan det bli ganska svårt att finna en avgränsning mot verksamheten vid socialmedicinska institutioner, arbetskliniker och arbetsfysiologiska institut. På centrallasaretsplanet har vi det i det avseendet enklare. Jag tror att det är alldeles riktigt som Bjerner och Eriksson framhåller att rehabiliteringsklinikerna måste få ha sin karaktär av behandlingskliniker i första hand och inte i alltför stor utsträckning användas för rena bedömningsfrågor. Bedömningarna bör som regel bli en biprodukt i behandlingen.

Det vi i första hand måste arbeta med är, vad man skulle kunna kalla "de stora somatiska katastroferna, svåra följdtilstånd efter olycksfall m. fl. som vi får från den slutna vårdens akutavdelningar. Många av dessa individer måste ju helt ställa om sin tillvaro i fortsättningen.

Tiden medger inte här, och vi har knappast heller material, för en allmän översikt över re-

habiliteringsklinikernas hittillsvarande verksamhet. Jag skulle dock vilja nämna personliga intryck: Att olycksfallsklientelet som vi får från kirurgerna alltifrån hjärnskador till amputationsproblem, alltså liknande det klientel som internationellt efter andra världskriget gav rehabiliteringen vind i seglen, även hos oss ger den största utdelningen, om jag så får säga, för viss arbetsinsats. Vidare, som man också har funnit i Borås, att det neurologiska klientelet är stort och insatskrävande. Andra grupper, t. ex. hjärtsjuka och diabetiker, har hittills relativt obeaktade rehabiliteringsproblem. En sak som hittills ingen mig veterligt tagit upp till närmare diskussion — det kanske inte är så attraktivt heller — är fall med förmenta eller verkliga terapeutiska misslyckanden. I viss utsträckning bör rehabiliteringsklinikerna ta på sig arbetet med sådana patienters rehabilitering. Det är viktiga men känsliga problem inte utan risker för den terapeutiska atmosfären på kliniken.

Behovet av kontinuitet i rehabiliteringsverksamheten har med rätta understrukits även här i dag. Som exempel på samarbete mellan rehabilitering och arbetsvård kan jag nämna att vi i Eskilstuna arrangerat så, att de två läkarna på lasaretsavdelningen plus klinikens kurator tjänstgör som extra uppdrag resp. halvtidstjänst på landstingets arbetsträningsverkstad. Arrangemanget har visat sig praktiskt, man kan bibehålla kontinuiteten, och man spar tid och arbetskraft. Emellertid är det väl en öppen fråga hur länge det går att hålla ihop en sådan verksamhet under en överläkare. Förmodligen blir det nödvändigt så småningom med en uppdelning även hos oss med en särskild överläkare för landstingets arbetsvård.

När det gäller samarbetet mellan medicinsk rehabilitering och arbetsvård å ena sidan och industrins hälso- och sjukvård å den andra har jag ingen patentrösning. Från den medicinska rehabiliteringens sida tycker jag inte det finns så stora bekymmer, man kan följa vanliga interkollegiala former för samarbete som jag förut nämnt. När det gäller arbetsvårdens medicinska del är nog problematiken mera komplicerad än

man i allmänhet tänker sig. Vi har t. ex. läkarsekretessen, som det inte talats så mycket om i de här sammanhangen, men där t. o. m. framstående experter har svårt att svara på alla frågor inom det rent medicinska fältet. Hur stort problem ska då denna sak inte vara när man kommer ut på det socialmedicinska fältet!

Arbetsvården har kritiserats för bristande uppföljning vid placering av arbetstränade och omskolade. Detta är en mycket viktig sak, men här har vi ett nytt dilemma. Såvitt jag förstår har den enskilde grundlagsenlig rätt att t. ex. efter en omskolning söka ett arbete var han så önskar. För den som sett ett större arbetsvårds-klientel med komplicerande psykiska och sociala handikapp förenade med orealistiska yrkesönsknin-gar, direkt uttalade eller inte, är det ej så förvånande att, som Industriläkarföreningen påpekat, man finner en del misslyckade fall. Tyvärr är det väl så, att de misslyckade märks

mest, cirkulerar omkring och försöker sig på det ena företaget efter det andra. Behovet av efterundersökningar på detta område är stort och sådana pågår också.

Till slut vill jag bara nämna, att vi i dagarna fått ett nytt forum för interkollegialt samarbete på det här området. I förra veckan hölls första sammanträdet i Svenska Läkarsällskapets sek-tion för fysikalisk medicin, rehabilitering och social medicin. Vi hoppas att detta ska bli en förening inte bara för läkare vid rehabilite-ringskliniker och sjukgymnastinstitut etc. In-dustriläkarna är mycket välkomna där och man skulle också kunna tänka sig någon mer regel-bunden form för samarbete med Industriläkar-föreningen. Jag skulle personligen hälsa ett så-dant samarbete med glädje och jag tror att jag har den nybildade sektionens stöd för ett sådant uttalande.

STRUKTURFÖRÄNDRINGEN I NÄRINGSLIVET SOM REHABILITERINGSPROBLEM

Av ombudsman *Olle Gunnarsson*, LO, Stockholm

Vi brukar ju skilja på medicinsk rehabilite-ring och yrkesinriktad rehabilitering. När det gäller den senare formen har LO i olika sam-manhang understrukt att den yrkesinriktade re-habiliteringen i första hand var en fråga för ar-betsmarknaden och arbetsmarknadsmyndigheter-na i samarbete bl. a. med arbetsmarknadens par-ter. Detta hindrar inte, har det klart sagts ifrån, utan även denna del av rehabiliteringsverksam-heten bör stå under tillsyn av läkare. När det gäller organisationen så har det i en rad inlägg understrukits behovet av ökad samordning och att olika instanser inte skyller på varandra. Det gäller samordningen mellan landsting, länsar-metsnämnder och försäkringskassor och det gäl-ler också parterna på arbetsmarknaden, företa-gen, arbetsgivarna och de anställda själva o. s. v.

Det som är det allvarligaste i den här frågan är att problemet ökar i omfattning. Dels får vi fler betingat arbetsföra och dels minskar anta-let platser och antalet möjligheter att placera dem.

Vid 1961 års LO-kongress behandlades bl. a. betänkandet "Samordnad näringspolitik". Vid föredragningen användes uttrycket "rörlighetens evangelium". Därmed menades att vi går mot en utveckling där vi i allt snabbare takt får struk-turförändringar i näringslivet, vi får nedlägg-ning av företag, vi får nybildning av företag, vi får omläggning av produktionen med omskol-ning och allt vad detta innebär. I annat sam-manhang har en representant för yrkesutbild-ningen sagt att vårt stora problem är att vi ut-bildar nu människor som inom en 20-årsperiod