

Nr 591

Av herrar **Andersson i Knäred** och **Nilsson i Tvärålund**, *angående rehabiliteringsverksamheten.*

(Lika lydande med motion nr 490 i Första kammaren)

Det beräknas att mellan 10 och 25 procent av alla sjukhuspatienter lider av kroniska sjukdomar och lyten av sådant slag, att de skulle ha stor nytta av en generell rehabiliteringsinsats, d. v. s. en hjälpinsats som avser att återställa den högsta möjliga funktionsförmåga — kroppsligt, psykiskt, socialt, ekonomiskt och yrkesmässigt — som är möjlig med hänsyn till handikappet. Det beräknas också att hjälpbehovet hos närmare tre fjärdedelar av alla socialhjälpfall främst beror på sådana handikapp. Tyvärr görs endast en mindre del av de berörda hjälpbehövande till föremål för sådana generella rehabiliteringsåtgärder. Flertalet ställs utanför möjligheten till den hjälp till självhjälp, som skulle sätta dem i stånd att föra ett relativt normalt liv och att helt eller delvis försörja sig själva och bli oberoende av fortsatt samhällsstöd. Detta måste betecknas som högst otillfredsställande.

Trots enstaka aktningvärda insatser måste rehabiliteringsverksamheten i vårt land sägas vara klart och allvarligt underutvecklad. Situationen är nämligen den att tiotusentals människor — enligt vissa uppgifter t. o. m. ett hundratusental — är för handikappade för att utan speciella hjälpåtgärder kunna försörja sig genom eget arbete men ändå inte tillräckligt invalidiserade för att vara berättigade till invalidpension. I stället för att bli föremål för aktiva rehabiliteringsåtgärder hänvisas dessa handikappade men ingalunda helt och definitivt arbetsoförmögna människor i stor utsträckning till socialvården, där deras inaktivitet ytterligare konserveras och slutligen blir definitiv. Socialhjälpsklientelet utgörs till övervägande delen av fysiskt och/eller psykiskt och/eller socialt handikappade med ett förflutet av denna typ.

Huruvida de nya grunderna för invalidpensionering kommer att medföra en ändring så till vida att dessa handikappade i ökad utsträckning kommer att hänvisas till invalidpensioneringen i stället för till socialhjälp är ovisst och kan f. ö. inte anses vara huvudfråga i sammanhanget. En huvudfråga är däremot vad som kan illustreras av de resultat som framkommit vid vissa vetenskapliga undersökningar rörande socialhjälpsklientelet.

Enligt en sådan undersökning (Inghe) berodde hjälpbehovet hos 80

procent av de 500 socialhjälpstagarna som ingick i undersökningen på psykisk sjukdom, varjämte mer än hälften uppvisade dokumenterad sjukdom hos 75 procent av de 1 366 socialhjälpfallen. I socialstyrelsens landsomfattande undersökning (Jonsson) har kunnat konstateras sjukdom som orsak till hjälpbehovet hos ca 70 procent av de 4 020 hjälpfallen, som regel med en sjukdomsvaraktighet på ett år eller mera. Att märka är att endast 316 av dessa fall, d. v. s. mindre än 8 procent, var anmälda till arbetsvård. Dessa undersökningar styrker våra påståenden ovan angående socialhjälpsklienteletets sammansättning.

Å andra sidan finns även vetenskapliga undersökningsresultat som belyser möjligheterna att häva den som arbetsoförmåga klassificerade inaktivitet som anlitaandet av socialhjälp i så många fall är ett uttryck för. Vi åsyftar en socialmedicinsk efterundersökning (Levi) av 133 fysiskt och psykiskt svårt handikappade personer ur Stockholms stads arbetsvårdsklientel, som under åren 1953—1956 genomgått arbetsprövning vid statens arbetsklirik i Stockholm. På basis av därvid gjorda medicinska undersökningar och sociala bedömningar hade åtgärder vidtagits i syfte att återföra så många som möjligt till produktivt arbete i öppna marknaden. Vid två efterundersökningstillfällen 1958 och 1961 visade sig mer än hälften av klientelet vara återfört till arbetslivet trots sitt svåra handikapp och sin många gånger mycket långvariga arbetsfrånvaro före arbetsprövningen. En mellangrupp var endast mera tillfälligt ur arbete, och endast ca en tredjedel var faktiskt att rubricera som långvarigt arbetslös. En objektiv och ingående social och ekonomisk kartläggning av rehabiliteringsförloppet visade därutöver att de rehabiliterade arbetade med normal produktivitet, att arbetsinkomst, trivsel, sjukfrånvaro och rörlighet på arbetsmarknaden låg på en tillfredsställande nivå, att understödsbehovet kraftigt minskat och skatteförmågan i motsvarande mån ökat. Att märka är att detta klientel till större delen måste betecknas som svårt nedgånet och skadat inte minst psykiskt/socialt och att de berörda rehabiliteringsåtgärderna sattes in på ett sent stadium, inte sällan med karaktär av ett »sista försök». Det kan på goda grunder antas att resultatet skulle ha blivit ännu bättre om rehabiliteringsåtgärderna hade satts in på ett tidigt stadium kort efter handikappets inträdande eller om de ägnats ett lättare handikappat klientel.

Följande allmänna slutsatser kan dragas av här åberopade undersökningar och vid rehabiliteringsinstitutioner gjorda kliniska iakttagelser. Bland socialhjälpfallen finns ett mycket stort antal människor som är i uppenbart behov av rehabiliteringsåtgärder i någon form. Dessa rehabiliteringsåtgärder kommer inte ens tillnärmelsevis till stånd i önskvärd utsträckning. Möjligheterna att med aktiva rehabiliteringsåtgärder hjälpa de handikappade till ett relativt normalt liv och självständig försörjning är stora i ett mycket stort antal fall. Och sist men inte minst: rehabiliteringsåtgärderna är — givna på riktiga indikationer — ekonomiskt lönande från såväl den

enskildes som samhällets synpunkt. Detta sistnämnda kommer till uttryck främst i en minskad belastning på ATP, vilket f. ö. kan motivera att försäkringssystemet i viss utsträckning bidrar till rehabiliteringsverksamheten. Härtill bör emellertid framhållas att det är den humanitära aspekten, inte den ekonomiska, som bör vara vägledande och som främst motiverar kraftfulla insatser på rehabiliteringsområdet.

Under senare år har behovet av en ökad rehabiliteringsverksamhet uppmärksamrats av statsmakterna vid olika tillfällen, främst i anslutning till reformerna på socialförsäkringsområdet. Sålunda har framhållits att de nya grunderna för förtidspensionering motiverar en ökad rehabiliteringsinsats och att behovet av rehabiliteringsåtgärder rutinmässigt skall utvärderas i fall då sjukskrivningstiden uppgår till 90 dagar. Tyvärr måste det konstateras att det hittills inte varit möjligt att fullfölja dessa intentioner och att det uppenbarligen kommer att ta avsevärd tid innan en nöjaktig ordning uppnås. Vissa åtgärder som fordrar förhållandevis blygsamma insatser men som ändå skulle medföra avsevärda förbättringar kan dock genomföras i nuvarande läge.

Den utredning rörande rehabiliteringsverksamheten, som från vårt håll begärdes vid 1961 års riksdag, tillsattes i början av förra året. Utredningen — rehabiliteringsberedningen — skall under sitt arbete fungera som samordnande instans inom rehabiliteringsverksamheten, vilket måste hälsas med tillfredsställelse. Den 11 december 1962 avgav beredningen en PM med riktlinjer för den allmänna rehabiliteringsorganisationen, uppenbarligen i syfte att genom remissvar och annorledes få synpunkter och underlag för de riktlinjer den ämnar följa i sitt fortsatta arbete. De förslag rörande rehabiliteringsverksamheten, som beträffande den medicinska rehabiliteringen framföres i denna motion och beträffande arbetsvården i annan motion, kan inte anses föregripa beredningens arbete utan gäller sådana åtgärder som under alla omständigheter snarast måste vidtagas oavsett rehabiliteringsorganisationens framtida utformning. Därjämte får det givetvis förutsättas att beredningen får tillfälle att medverka vid den fortsatta handläggningen av dessa förslag.

Innan vi övergår till de åsyftade förslagen vill vi emellertid beröra två frågor som inte kan anses direkt tillhöra vare sig den medicinska rehabiliteringen eller arbetsvården men som likväl är mycket angelägna i detta sammanhang. Trots det uppmuntrande resultat, som den ovan nämnda och andra efter undersökningar utvisat, är det uppenbart att de allra svårast handikappade alla åtgärder till trots inte kan återföras till produktivt arbete i öppna marknaden och att icke så få inte kan utföra lönande arbete ens under mycket skyddade förhållanden, t. ex. i s. k. skyddad verksamhet eller hemarbete. Av humanitära skäl bör även dessa människor om de så önskar besparas institutionaliseringens nackdelar och så långt möjligt skötas och helst även sysselsättas i hemmen. Lika viktigt som det är med

största försiktighet med penningunderstöd utan samtidig rehabiliteringsinsats till människor, som på olika sätt kan tänkas återinpassas i produktionen, lika angeläget är det att de olyckligt lottade, som här är i fråga, inte med rehabiliteringsverksamheten som förevändning möts av generaliserad misstänksamhet och njugghet. Även om dessa människor sålunda inte kan dra nytta av sin medborgerliga rätt till arbete, bör de ändå i mån av behov och förmåga beredas möjlighet att öka sitt livsinnehåll med någon form av sysselsättning, i detta fall givetvis utan sidoblickar på eventuell lönsamhet ur samhällssynpunkt. Till den del dessa spörsmål gäller möjligheterna till vård i hemmen sammanhänger de i åtskilliga fall med hemsamaritororganisationens kapacitet och tillräckliga invaliditetstillägg. Vi förutsätter att dessa spörsmål uppmärksammas i erforderlig utsträckning. Till den del det gäller sysselsättning i syfte att skapa mening i tillvaron, genom arbete, speciellt anordnad förströelse, besök för att skapa kontakt och ge utblickar, synes frågan vara av sådan art att den bör provas närmare. Prövningen bör lämpligen utföras av SVCK i samråd med Svenska röda korset, emedan båda dessa organisationer visat intresse för sådan verksamhet och torde ha möjligheter att i samverkan göra en insats. Erforderligt statligt stöd bör ställas i utsikt.

Såsom framgår av de åberopade undersökningarna finns bland socialhjälsfallen ett stort antal individer som är i behov av någon form av rehabilitering men ännu inte ägnats sådana insatser. Detta får förutsättas gälla också för andra personer, bl. a. sådana som till följd av olika handikapp blivit alltmer oförmögna att försörja sig i sitt hittillsvarande yrke men av olika skäl icke kommit att anlita socialvården. Skall detta rehabiliteringsbehov kunna tillgodoses fordras en landsomfattande inventering av den art vi förordat vid tidigare tillfällen och på grundval härav upplysningar till de berörda om de rättigheter och möjligheter till rehabilitering som gäller. Enligt vår mening måste rätten till rehabilitering, när behov av sådan föreligger, ses som en medborgerlig rättighet. Det måste anses rimligt att de åsyftade personerna bibringas kännedom om sin rättighet och om möjligheterna att få denna tillgodosedd. Inventeringen skulle därjämte ge värdefullt underlag för rehabiliteringsverksamhetens framtida dimensionering och organisation i olika avseenden och bör därför genomföras så snart ske kan. Lämpligen bör dess utformning liksom överinseendet av dess genomförande handhavas av rehabiliteringsberedningen.

Vad så gäller den medicinska rehabiliteringsverksamheten bör de omedelbart aktuella åtgärderna främst gälla utbildningsåtgärder för att täcka personalbehovet samt samordnings- och andra åtgärder för ett ökat uppmärksammande av rehabiliteringsaspekten inom sjukvården.

Utredningsförslag har nyligen avlämnats beträffande utbildningen av vissa personalkategorier med betydande uppgifter inom rehabiliteringsverksamheten, nämligen beträffande socionomer, sjukgymnaster och arbets-

terapeuter. Då förslag till riksdagen i dessa ärenden kan väntas inom en nära framtid begränsar vi oss i detta sammanhang till frågan om utbildning av läkare för rehabiliteringsverksamhetens speciella behov. De akuta förhållanden vi berört i det föregående påkallar att åtgärder för sådan utbildning vidtages utan dröjsmål. Utbildningen bör i första hand förläggas till statens arbetsklirik i samarbete med karolinska sjukhusets avdelning för fysioterapi och medicinsk rehabilitering. Den bör avse att i någon mån börja tillgodose både den medicinska rehabiliteringens och arbetsvårdens i många sammanhang anförda behov av rehabiliteringsläkare. Den bör dels gälla medicine kandidater och till den delen pågå parallellt med några av de stora kliniska kurserna vid karolinska institutet, förslagsvis medicin, kirurgi, neurologi, psykiatri, dels omfatta efterutbildningskurser för tjänstläkare och andra intresserade läkare som syftar till anställning inom rehabiliteringsverksamheten. Den bör igångsättas som en försöksverksamhet snarast möjligt, oavsett tidpunkten för den ev. organisatoriska förändring beträffande arbetskliniken som förordats av rehabiliteringsberedningen. Kan inte de båda utbildningsformerna påbörjas samtidigt utan att dröjsmål därigenom uppstår, bör efterutbildningen givas förtur så att den medicinska rehabiliteringen och arbetsvården får något av sitt stora behov tillgodosett. Om försöket slår väl ut, bör liknande kurser komma till stånd även vid andra redan fungerande rehabiliteringscentra.

Rehabiliteringen är emellertid inte en angelägenhet enbart för de speciella rehabiliteringsläkarna. Rehabiliteringsaspekten måste i stället sätta sin prägel på all sjukvård, och rehabiliteringen får således sägas angå alla läkare. Enligt vår mening bör detta uppmärksammas på ett bättre sätt i läkarutbildningen än som nu sker. Ämnet rehabiliteringsmedicin bör således ges ett betydligt större utrymme. Detta bör kunna ske genom en särskild föreläsningsserie, förslagsvis inom ramen för något av ämnena socialmedicin, invärtes medicin eller psykiatri. Vederbörande ämne torde få ges ett ökat utrymme totalt. Då det är angeläget att så många som möjligt av de blivande läkarna får del av denna utbildning i rehabiliteringsmedicin förordar vi att frågan skyndsamt tages upp till prövning.

Utbildning på rehabiliteringsområdet utgör sålunda en synnerligen angelägen uppgift. Eftersom utländska erfarenheter till följd av särdragen i vårt samhälle är svåra att direkt tillämpa på svenska förhållanden måste även en kvalificerad forskning på rehabiliteringsområdet ges hög prioritet. Förutsättningarna för en sådan forskning — och även för utbildningen — bör förbättras genom inrättande av en professur i rehabiliteringsmedicin. Emdan bl. a. de enda praktiska förutsättningarna för en tillämpad forskning f. n. finns vid statens arbetsklirik torde professuren böra knytas till det närbelägna karolinska institutet. Därest arbetsklinikens nuvarande organisatoriska status bibehålles bör professuren förenas med tjänsten som överläkare vid kliniken. Skulle kliniken inordnas i karolinska sjukhusets reha-

biliteringsorganisation, såsom förordats av rehabiliteringsberedningen, bör professuren kunna förenas med lämplig befattning inom denna organisation och ev. inrättas i samband med övergången till den nya organisationen. Vi förordar att denna fråga rörande en rehabiliteringsmedicinsk professur tages upp till prövning utan dröjsmål.

I detta sammanhang måste även resurserna vid statens arbetsklirik uppmärksammas, enär dess kapacitet spelar viss roll för den utbildningsverksamhet som vi förordat. Klinikens är den enda institutionen i landet med möjligheter till kvalificerad arbetsprövning och därmed sammanhängande möjligheter till forskning och utbildning. Arbetsmarknadsstyrelsen räknar med ett behov av arbetsprövning om minst 1 500 fall per år, medan kliniken f. n. har en kapacitet för 150—200 fall årligen. Redan denna omständighet talar mycket starkt för att klinikens verksamhet och utveckling ej hämmas av otillräckliga ekonomiska resurser. Härtill kommer att arbetskliniken med nödvändighet kommer att spela en särskilt betydelsefull roll vid uppbyggnaden och utbyggnaden av rehabiliteringsorganisationen, bl. a. genom att utarbeta generella riktlinjer för systematisk arbetsprövning och -träning vid träningsverkstäder och liknande inrättningar. Detta sistnämnda behov är i dag högaktuellt. Skall det kunna tillgodoses måste arbetskliniken få resurser både för den erforderliga forskningen och för att kunna stå till tjänst vid konsultationer etc. Det måste också säkerställas att befattningshavare vid kliniken även framgent kan medverka i kursverksamheten för föreståndare och arbetsledare vid verkstäder inom arbetsvården. I fråga om klinikens utbildande funktioner i övrigt kan nämnas att medicine kandidater genom besök, föreläsningar och demonstrationer följt arbetsprövningsarbetet, att varje år ett hundratal sjukgymnaster under treveckorsperioder deltagit i det speciella sjukgymnastikarbete som förekommer vid kliniken, att ett tiotal blivande sjuksköterskor under perioder om tre till fyra veckor biträtt vid undersökningar, provtagningar etc. samt deltagit i demonstrationer och sammanträden, att härutöver elever från sex sjuksköterskeskolor genom demonstrationer och föreläsningar vid kliniken blivit orienterade om rehabilitering och arbetsprövningsmetodik, samt att deltagarna i kurserna för föreståndare och arbetsledare vid arbetsvårdsverkstäderna liksom socialstuderande och socionomer beretts tillfälle att praktiskt följa klinikerbetet.

I sitt anslagsäskande för budgetåret 1963/64 har arbetskliniken styrelse hemställt om ett anslag av 710 000 kronor. Styrelsens hemställan har till fullo tillstyrkts av rehabiliteringsberedningen. Departementschefen har emellertid föreslagit ett anslag om endast 630 000 kronor. Då denna nedskärning av det äskade beloppet medför att även angelägna uppgifter, bl. a. på forskningsområdet, får eftersättas och att mindre kvalificerat arbete får utföras av högt kvalificerad arbetskraft i stället för lägre kvalificerad, förordar vi, att anslaget uppföres med det av klinikstyrelsen äskade beloppet.

Härvid förutsättes att de ytterligare medel, som kan erfordras med anledning av den utbildningsverksamhet vi förordat i det föregående, kommer att äskas i samband med framläggande av förslaget angående utbildningen.

Vid bedömningen av hur de i rehabiliteringsmedicin utbildade läkarna bäst skall kunna tillgodogöras sjukvården bör uppmärksammas att rehabiliteringsavdelningar f. n. finns vid sju centrallasarett eller motsvarande. Vid ett par av dessa har emellertid inte överläkartjänsten kunnat ordinariebesättas. Flera andra sjukvårdshuvudmän planerar inrättande av rehabiliteringsavdelningar. De har dock till följd av de personalproblem som rått vid de redan inrättade avdelningarna varit tveksamma att snabbt fullfölja planerna. Det kan emellertid ifrågasättas om inrättande av fullt utbyggda rehabiliteringsavdelningar f. n. är den åtgärd som bör komma i första hand. I vart fall måste det sägas att vissa andra åtgärder är minst lika angelägna och därtill lättare att snabbt genomföra som ett led i utbyggandet av en fullständig rehabiliteringsorganisation vid de berörda sjukhusen. Vi avser främst åtgärder för att integrera rehabiliteringsaspekten i sjukvården och för att samordna rehabiliteringsresurserna och -arbetet.

Den medicinska rehabiliteringen skall inte börja i och med att vederbörande vårdavdelning fullgjort sin ordinarie vårduppgift eller i och med att patienten överantvordas till speciell institution för rehabilitering. I stället skall den läkare som har det direkta ansvaret för den vanliga vården av en patient låta rehabiliteringssträvandena ingå i sin ordinära rehabiliteringsrutin. Uppmärksamheten skall sålunda redan från början vara riktad på behovet av rehabilitering och vederbörande läkare sörja för att detta behov redan på ett tidigt stadium tillgodoses genom hans egen försorg eller genom anlitan av speciell sakkunskap. Härför fordras dels att läkarna i allmänhet vet mer om rehabilitering, dels att sakkunskap finns att tillgå. För båda dessa funktioner spelar befattningshavaren som överläkare vid ett sjukhus rehabiliteringsavdelning en avgörande roll. Han har möjlighet att inom sjukvården och hos personalen skapa utrymme och förståelse för rehabiliteringsaspekten och genom undervisning, råd och upplysningar och genom upprättande av instruktioner i samråd med andra befattningshavare tillse att rehabiliteringsaspekten uppmärksammas och uppmärksammas i tid, så att inte rehabiliteringsmöjligheter försitts eller förblir obeaktade.

Rehabiliteringsöverläkaren utgör också den sakkunskap som övriga läkare har behov att anlita i förekommande fall. Hans insats i det avseendet kan innebära att rehabiliteringsåtgärder kommer till stånd i ökad utsträckning och att t. ex. arbetsterapi och sjukgymnastik kan ordinerars, doseras och till sin utformning fastställas av läkare så att dessa åtgärder medför den psykiska och kroppsliga funktionsträning som de rätt handhavda kan innebära. Dessa ordinationer åvilar nu alla berörda läkare, men en stor del av dem nöjer sig med mycket allmänt hållna ordinationer och överlåter utformningen åt vederbörande terapeut. Även i ett annat avseende innebär be-

fattningen som rehabiliteringsläkare möjligheter till en effektivisering, nämligen beträffande samordningen mellan å ena sidan den medicinska rehabiliteringen och å andra sidan andra organ och verksamheter av betydelse i rehabiliteringsavseende, främst de allmänna försäkringskassorna, deras pensionsdelegationer och arbetsvårdsorganen inom arbetsmarknadsorganisationen. Inte minst har rehabiliteringsöverläkaren möjlighet att bland läkarna sprida kännedom om arbetsvårdens många och differentierade hjälpmöjligheter.

Av det anförda framgår att rehabiliteringsöverläkarens uppgift inte består i att enbart leda vård och behandling vid en rehabiliteringsavdelning utan att han också kan bidra till att ge en rehabiliterande inriktning åt sjukhusets verksamhet över huvud taget. Det framgår också att en fullt utbyggd rehabiliteringsavdelning inte enbart fungerar som en självständig vårdavdelning utan också som en serviceavdelning för andra avdelningar inom sjukhuset. Det bör också uppmärksammas att samtliga de uppgifter och funktioner som vi i det föregående anført beträffande rehabiliteringsöverläkaren kan fullgöras av denne oavsett om en fullt utbyggd rehabiliteringsavdelning finns vid sjukhuset eller ej. Enligt vår mening är detta ett viktigt förhållande som man bör ta konsekvenserna av. Till skillnad från vad som nu är fallet bör således tjänster för rehabiliteringsöverläkare inrättas vid centrallasarett och motsvarande sjukhus redan innan en fullt utbyggd rehabiliteringsavdelning skapats. En förutsättning är givetvis att sådana överläkare erhåller erforderligt administrativt biträde och att främst arbetsterapeuter och sjukgymnaster i tillbörlig utsträckning ställes till hans förfogande. I vart fall det senare torde i viss utsträckning kunna ske redan inom ramen för nuvarande personalstyrkor. Syftet bör således vara att inom de berörda sjukhusen inrätta en rehabiliteringsinstitution som till en början arbetar som en serviceavdelning i stor utsträckning utgående från redan befintliga men samordnade och omdisponerade resurser. Ett sådant tillvägagångssätt får självfallet inte innebära att inrättande av fullständig rehabiliteringsavdelning med egna vårdplatser onödigtvis skjuts på framtiden. Målet bör vara att så snart det är möjligt få till stånd sådana avdelningar. Dessa kräver emellertid omfattande byggnation och kostnadskrävande utrustning. Det vore enligt vår mening felaktigt att i avvaktan på dessa investeringar underlåta att genomföra dessa förbättringar som är möjliga att genomföra inom mycket nära framtid. Särskilt bör uppmärksammas att rehabiliteringsberedningens tillkännagivanden att statens arbetsklirik bör inordnas inom ramen för rehabiliteringsorganisationen vid ett sjukhus och att inte blott åtgärder för förbättring av funktions- och arbetsförmågan utan också arbetsprövning och viss yrkesteknisk prövning bör ingå i uppgifterna för rehabiliteringsklinikerna kan föranleda en avvaktande hållning från sjukvårdshuvudmännens sida i avvaktan på beredningens slutliga ställningstagande till klinikernas slutliga uppgifter och ut-

formning. Det kan också förväntas att den mera omfattande utformning, som rehabiliteringsberedningen kan komma att föreslå beträffande rehabiliteringskliniker, givetvis medför att det tar längre tid innan fullständiga sådana kliniker kan upprättas över landet i dess helhet. Dessa omständigheter utgör ytterligare ett skäl för en sådan successiv utbyggnad av rehabiliteringsinstitutionerna som vi här förordat.

Beträffande rehabiliteringsöverläkarna vid centrallasaretten har föreslagits att dessa bör vara chefer för den ortopediska verksamheten i resp. län. Det är tveksamt om en sådan fastlåsning till en viss medicinsk specialitet är ändamålsenlig, i all synnerhet som t. ex. de psykiatriska synpunkterna synes vara minst lika viktiga vid rehabiliteringen som de ortopediska. Det torde vara riktigare att till rehabiliteringsöverläkare utse den lasarettsläkare eller biträdande lasarettsläkare inom vilken som helst av till rehabiliteringen gränsande medicinska specialiteter, som visat det största intresset och de bästa initiativen, som har den största kliniska erfarenheten och som därjämte genomgått t. ex. den efterutbildning vi förordat i det föregående. Därjämte bör prövas om inte överläkarbefattningen borde förenas med befattning som chef för den medicinska rehabiliteringen inom länet eller motsvarande område, i vart fall till den del sjukhus och vårdinrättningar står under samma huvudmannaskap som centrallasarettet. I stort sett samma skäl som vi i det föregående anfört för inrättande av befattningar som rehabiliteringsöverläkare vid centrallasaretten talar nämligen för att dessa befattningar förenas med ett sådant chefskap.

Avslutningsvis vill vi framhålla följande. Det stora rehabiliteringsbehov, som bl. a. aktualiserats genom principiella beslut av riksdagen, kan f. n. ej tillgodoses på grund av otillräckliga resurser, personella såväl som andra. Denna situation ställer de närmast berörda personalkategorierna inför omfattande och delvis nya krav. Inte minst gäller detta läkare och annan sjukvårdspersonal. Det är därför ett minst sagt rimligt krav att man vidtager de åtgärder som är möjliga för att underlätta uppfyllandet av de ställda kraven. Detta är möjligt genom sådana åtgärder inom sjukhusorganisationen som vi förordat. Detta kräver i sin tur en viss utbildningsverksamhet, likaledes förordad i det föregående, vilken också ur andra synpunkter framstår som absolut nödvändig. Det måste också uppmärksammas att rehabiliteringsverksamheten på olika sätt berör en rad samhällliga institutioner och organ. Skall resultatet bli det bästa möjliga fordras en god samordning av dessa olika organ och aktiviteter. I nuvarande situation och uppbyggnadsskede möter detta åtskilliga svårigheter. Av särskild vikt är att en god information om hela rehabiliteringsverksamhetens mål, metoder och organisation tillhandahålls samtliga berörda befattningshavare i syfte att underlätta samordningen och göra olika befattningshavare införstådda med aktivitet och metoder inom alla områden av rehabiliteringsverksamheten. Vi förordar att en enhetlig skriftlig information utarbetas och tillhan-

dahålles samtliga berörda. Förslagsvis kan denna uppgift handläggas av rehabiliteringsberedningen i samråd med främst medicinalstyrelsen, arbetsmarknadsstyrelsen och riksförsäkringsverket.

Med hänvisning till det anförda hemställes,

att riksdagen måtte

- A. till *Statens arbetsklirik i Stockholm* för budgetåret 1963/64 anvisa ett reservationsanslag av 710 000 kronor;
- B. i skrivelse till Kungl. Maj:t anhålla
 1. om skyndsamt prövning av frågan om utbildningsverksamhet vid statens arbetsklirik i Stockholm och avdelningen för fysioterapi och rehabiliteringsmedicin vid karolinska sjukhuset för blivande rehabiliteringsläkare, omfattande dels s. k. efterutbildningskurser för läkare, dels kurser för medicine kandidater vid karolinska institutet, så att förslag kan föreläggas riksdagen snarast möjligt och beträffande efterutbildningskurserna vid innevarande års riksdag,
 2. om prövning och förslag rörande inrättande vid karolinska institutet av professur i rehabiliteringsmedicin, på lämpligt sätt förenad med befattning vid statens arbetsklirik eller inom karolinska sjukhusets rehabiliteringsorganisation,
 3. om prövning av frågan om komplettering av läkarutbildningen med föreläsningsserie i rehabiliteringsmedicin vid samtliga medicinska högskolor i landet,
 4. om skyndsamt prövning och förslag rörande frågan om den medicinska rehabiliteringsverksamhetens organisation vid centrallasarett och motsvarande såvitt gäller dels inrättande av befattning som överläkare i rehabiliteringsmedicin även i fall fullt utbyggd rehabiliteringsklirik ej finnes, dels inrättande av rehabiliteringsavdelning som serviceavdelning vilken avses utbyggas successivt till fullständig rehabiliteringsklirik samt av frågan huruvida befattningen som överläkare i rehabiliteringsmedicin vid centrallasarett bör förenas med befattning som chef för den medicinska rehabiliteringsverksamheten inom länet eller motsvarande,
 5. om en landsomfattande inventering av rehabiliteringsbehovet, om så befinnes lämpligt i rehabiliteringsberedningens regi,
 6. om prövning, lämpligen utförd av SVCK i samråd

med Svenska röda korset, av frågan om beredande av sysselsättning, förströelse etc. åt svårt handikappade i syfte att ge dessas tillvaro större mening och innehåll samt framläggande av de förslag som kan föranledas av prövningen, samt

7. om utarbetande av informationsskrift rörande rehabiliteringsverksamhetens mål, metoder och organisation, avsedd för samtliga befattningshavare med uppgift i eller anknytning till rehabiliteringsverksamheten, i syfte att mildra uppbyggnadstidens samordningssvårigheter mellan olika berörda aktiviteter, organ och myndigheter; samt

C. beakta vad i motionen i övrigt anförts.

Stockholm den 26 januari 1963

Alvar Andersson

Jan-Ivan Nilsson
