

## Nr 587

Av herr Hedlund m. fl., angående den svenska socialpolitikens inriktning, m. m.

(Lika lydande med motion nr 513 i Första kammaren)

Strävan efter god trygghet för individen har varit en av de starkaste drivkrafterna bakom de många sociala reformerna i svensk politik under det senaste halvsekle. Som ett resultat av dessa reformer, vilka nu utbyggts och med sina skyddsverkningar berör hela vårt folk, är vi garanterade ett i stort sett acceptabelt ekonomiskt grundskydd och stöd vid olika perioder av ökat hjälpbehov i vårt liv, från nyföddhetsperioden in i ålderdomen.

Den trygghet som åsyftats har emellertid hela tiden övervägande varit den ekonomiska. Samtidigt har det emellertid stått klart att behovet av trygghet och trivsel i tillvaron inte enbart eller ens huvudsakligen är ett ekonomiskt problem. Det är allmänt omvittnat att ett mycket stort antal människor i dagens samhälle saknar trygghet och trivsel, trots att deras ekonomiska villkor är fullt tillfredsställande. Vi vet sålunda att företeelser som alkoholmissbruk, kriminalitet, skilsmässor och självmord, som alla förekommer i relativt stort och ständigt stigande antal, till stor del är uttryck för en sådan bristande trygghet och trivsel. Vi vet även att i runt tal var tredje kvinna och var fjärde man i de arbetsföra åldrarna lider av psykisk ömtålighet, som vid t. o. m. relativt måttliga belastningar ger anledning till nervösa besvär med eller utan ledsagande kroppsliga sjukdomssymtom. Det har beräknats att åtminstone var tredje patient, som söker läkare, lider av sådana sjukdomar. Det kan uppskattas att ca en tredjedel av all sjukfrånvaro, f. n. över 60 miljoner sjukdagar per år, orsakas av dessa s. k. stress-sjukdomar. Bakom allt detta ligger ett stort mått mänskligt lidande och miljardförluster för samhället.

Det står klart att det här rör sig om nationalekonomiska problem och folkhälsoproblem av allra största betydelse, problem som med sina verkningar berör alla åldrar, yrkesgrupper och samhällsklasser. Trots detta har hela problemkomplexet hittills endast ägnats ett sporadiskt och splittrat intresse, utan försök till med varandra samordnade profylaktiska och kurativa åtgärder som griper över hela det socialpolitiska verksamhetsfältet. Sammanfattningsvis kan sägas, att vad som behövs är en systematisk anpassning av samhället till individen, till hans biologiskt rotade psykiska och kroppsliga förmåga och behov, inte bara ständiga krav på individen

1 — Bihang till riksdagens protokoll 1962. 4 saml. Nr 587

att anpassa sig till ett alltmer komplicerat och på stressfaktorer allt rikare samhälle. Det räcker här inte med enstaka, tillfälliga punktåtgärder på det ena eller andra av de socialpolitiska gebiten. Här krävs ett stort upplagt socialpolitiskt handlingsprogram med syfte att skapa trygghet och trivsel på det psykiska planet som ett viktigt komplement till den ekonomiska trygghet, som redan tillförsäkrats oss. Med föreliggande motion vill centerpartiet ange riktlinjer för ett sådant program.

Lika litet som när det gäller den ekonomiska tryggheten kan trygghet i ordets vidaste bemärkelse skapas och göras till var mans egendom med få, på kort tid genomförbara reformer. Här fordras en målmedveten, fortlöpande omgestaltning av samhället i mera människovänlig riktning, vilket kräver en långfristig planering. Tyvärr är många hithörande problem fortfarande alltför bristfälligt utredda för att i dagens läge tillåta definitiva socialpolitiska ståndpunktstaganden. Detta nödvändiggör uppställandet av etappmål och en begränsning av förslagen till vad som kan vara ekonomiskt och praktiskt genomförbart.

De åtgärder för trygghet i vidaste bemärkelse, som vi här tar upp till diskussion, kan i stort sett sägas gälla miljön i olika avseenden, hemmet, skolan, arbetsplatsen etc. samt hjälp åt individer, som drabbats av fysiska eller psykiska handikapp, att så långt möjligt återanpassa sig till normala levnadsförhållanden. Naturligtvis kan enligt vår mening inte några tvångsåtgärder eller dirigerande ingripanden få förekomma i enskilda människors privatliv. Men det bör vara en angelägen uppgift för samhället att garantera alla medborgare hjälp, ett stöd och ett skydd, under olika kritiska perioder just för att främja verklig trygghet, trivsel, harmonisk personlighetsutveckling och samlevnad, när individen inte på egen hand är i stånd att klara av svårigheterna. Det skall stå varje människa fritt att själv träffa avgörandet beträffande sin situation.

De föreslagna åtgärderna berör samtliga stora socialpolitiska verksamhetsområden för att främja den angivna målsättningen. I konsekvens därmed börjar de inom familjebildningen, fortsätter över uppfostrings- och skolfrågorna till arbetslivet och slutar med den åldrande människans problem. Inom denna vida ram berörs hjälp- och stödåtgärder i samband med anpassningsrubbingar, sjukdom och nedsättning av arbetsförmågan. Det måste understrykas att inte alla problem kan lösas på en gång, att det här närmast gäller att ange riktlinjerna för ett framtida socialpolitiskt handlingsprogram samt att framlägga en serie konkreta förslag som redan i dagens läge är ekonomiskt och praktiskt genomförbara och som utgör ett steg i riktning mot slutmålet.

### *Familjebildningen*

Familjebildningen och äktenskapet medför problem, som för många individer blir stora och ofta inte kan bemästras. Ungefär vart nionde äkten-

skap i landet — i Stockholm betydligt fler — går isär med allt vad detta innebär av lidande för makar och barn. Många barn får växa upp i en atmosfär av kärlekslöshet, kyla eller lynnesutbrott mellan föräldrarna, vilka dock underlåter att skilja sig »för barnens skull». Otrohet och störningar i det sexuella samlivet är vanliga.

Orsakerna till misslyckandena går ofta tillbaka till uppväxtåren. Det börjar ofta med föräldrar, som varit ur stånd att ge sina barn någon som helst upplysning i samlevnadsfrågor eller som skrämt barnen med välmenta men inadekvata hotelser och förmaningar. Det fortsätter med en ofta bristfällig sexualupplysning i skolan, där ett fragmentariskt biologiskt kunnande förmedlas på någon eller några timmar utan att upplysningen sättes in i sitt rätta etiska sammanhang.

När de unga sedan träder ut i livet sker detta ofta med en skev inställning till det motsatta könet, med en sexualitet frigjord från etiska hänsyn och normer. Äktenskap ingås i alltför många fall utan att en bärande grund för ett harmoniskt förhållande lagts. Många äktenskap ingås för att barn är på väg, andra som ett lättvindigt försök byggt på en tillfällig kroppslig attraktion eller rädsla för ensamhet, mellan två illa upplysta människor, som föga vet vad ett äktenskap innebär av ansvar, hänsynstaganden, ekonomiska och sociala åtaganden.

Naturligtvis kan det inte vara samhällets uppgift att ingripa i något så individuellt som familjelivet. Men de svårigheter, som individerna i många fall har, utgör problem, som samhället måste uppmärksamma i ökad utsträckning. Det måste anses vara en angelägen uppgift för samhället att se till att individerna kan få upplysning och rådgivning, dels när en felutveckling redan ägt rum och terapeutiska ingripanden är påkallade, dels och framför allt i *förebyggande* syfte. De förebyggande åtgärderna har visat sig ge rik utdelning på många andra socialpolitiska fält, t. ex. i mödra- och spädbarnsvården, i arbetarskyddslagstiftningen, i vaccination mot olika epidemiska sjukdomar. Det finns anledning att vänta sig positiva resultat även på här aktuella områden, även om förhållandena här är mera komplicerade.

Den viktigaste grunden för en ung människas inställning till det motsatta könet och förberedelse för familjebildningen läggs i *föräldrahemmet*. Aktningssvårda insatser för att sprida kunskap till föräldrarna om bästa sättet att upplysa och förbereda barnen har under de gångna decennierna gjorts bl. a. av RFSU. Denna organisations resurser har dock varit alltför begränsade, och alla initierade är överens om att alltför många föräldrar fortfarande handlägger dessa viktiga frågor fel eller t. o. m. inte alls.

Ett steg i riktning mot ett bättre sakernas tillstånd borde kunna åstadkommas med hjälp av små *upplysningsskrifter*, utarbetade av vetenskaplig expertis, och distribuerade till samtliga familjeenheter i landet. Sådana skrifter bör dels lämna elementära anvisningar för föräldrarna i deras uppfostrargärning på detta område, dels ge anvisning på rådgivningsbyråer, 1\* — *Bihang till riksdagens protokoll 1962. 4 saml. Nr 587*

som kan assistera om föräldrarnas insatser av någon anledning visat sig vara inadekvata.

Nästa instans med ansvar för individernas kunnande på detta viktiga gebit är *skolan*. Det har redan framhållits att skolans insatser på detta område är otillräckliga. Ämnet är inte av den art att det med fördel kan avhandlas på några få lektionstimmar. Här behövs en systematisk undervisning i ämnet »familjekunskap», som skall inkludera *såväl* sexualupplysning insatt i sitt rätta etiska sammanhang som äktenskapets psykologi, ekonomi och juridik, samt givetvis barnuppfostran. Även om en sådan undervisning och attitydpåverkan inte lämnar *garantier* mot framtida misslyckande, bör mycket kunna vinnas.

Som en konsekvens av den roll skolan enligt vår mening bör spela i upplysningsprogrammet måste *lärarkåren vidareutbildas* i hithörande ämnen samtidigt som lärarutbildningen kompletteras.

En ytterligare möjlighet att sprida ovan relaterade upplysning till bredast möjliga lager av befolkningen ligger i utnyttjandet av *massmedia*. Denna möjlighet har i viss utsträckning redan tillvaratagits. Det är dock enligt vår mening anledning att understryka angelägenheten av att upplysningen ges i en form, som centralt utarbetats av vetenskaplig expertis.

Ytterligare en vidareutbildningsform är att ge unga människor möjligheter till speciella *kurser* före familjebildningen. Lämpligt bör kunna vara att kommunerna ordnar sådana kurser i samarbete med folkbildningsorganisationerna. Deltagande i kurserna skulle givetvis vara frivilligt men bör livligt tillrådas.

Även med en adekvat förebyggande upplysnings- och uppfostringsverksamhet på familjebildningens och samlevnadens område kommer det alltid att finnas behov av terapeutiska ingripanden när en skada redan är skedd. De terapeutiska resurserna på detta område omhänderhas dels av ett fåtal *rådgivningsbyråer för äktenskaps- och familjefrågor*, dels av psykiatriska polikliniker, praktiserande läkare och i viss utsträckning även av kuratorer och prästerna. De problem det här är fråga om kräver många gånger ett specialiserat kunnande, varför det är all anledning att framför allt rådgivningsbyråerna utbyggs. Som ett minimikrav kan anses en rådgivningsbyrå i varje län. Även övriga ovannämnda resurser kunde samordnas på så sätt att på varje större ort ett samarbetslag av en läkare, en kurator och ev. en präst organiseras kommunalt för rådgivning i hithörande frågor. Det är även av vikt att ortsbefolkningen informeras om de hjälpmöjligheter som bjuds, och att hjälpbehövande uppmuntras att kontakta denna rådgivning. Lämpligen kunde alla före familjebildningen erhålla en liten upplysningsbroschyr, i vilken ges elementära råd och vari anvisas vart man kan vända sig för ytterligare information. Rådgivningsbyråerna, såväl de regionala som de lokala, torde lämpligast böra finansieras kommunalt med statsbidrag men kan i vissa fall med fördel administ-

ras med hjälp av ideella organisationer. Utöver den individuella rådgivning, som byråerna bör bedriva, kan inom verksamheten i möjligaste mån utnyttjas i andra länder vunna erfarenheter med gruppterapi.

### *Barnuppfostran, barnavård*

De första levnadsårens upplevelser anses numera tämligen allmänt vara av avgörande betydelse för individens fortsatta utveckling och karaktärsdaning. Som en konsekvens därav är familjemiljön under de tidigaste barnåren av mycket stor betydelse. Man kan därför med rätt kräva, att varje barn som föds skall vara önskat och välkommet, och att föräldrarna har såväl kompetens som möjlighet att ge barnet en god start i livet. Så är dessvärre långt ifrån alltid fallet. Över 10 000 barn föds varje år utom äktenskapet. I ännu fler fall är barnets tillkomst anledningen till att föräldrarna över huvud taget gifter sig. Ett mycket stort antal barn växer upp i splitttrade hem. Och sist men inte minst — många föräldrar står ängsligt villrådigast inför sina barn, medvetna om att forna tiders stränga rottingregemente är av ondo men utan klarhet i vad de moderna uppfostringsmetoderna egentligen innebär. Fri uppfostran förväxlas i alltför många fall med frihet från uppfostran eller uppfattas som uppfostran efter fixa punkter på ett schema utan hänsyn till barnets egenart.

Till den brist på fasthet och konsekvens men också kärlek, trygghet och kontakt, som denna okunnighet om eller kallsinnighet inför barnets behov medfört, kommer de psykiska påfrestningar, som samhällets värdesystem bidrar till att skapa redan i barnkammaren och som sedan utvecklas genom hela livet. Dessa påfrestningar betingas i icke ringa grad av en överdriven konkurrens- och tävlingsinställning, som i sina extremare former gör många människors liv till en enda lång strävan efter prestation, materiell standardhöjning och erkännande, medan livets andra värdeformer svältföds eller negligeras. Denna konkurrensinställning kan ta sig uttryck som uppenbart strider mot barnens förmåga och behov och skapa konflikter och spänningar, som banar väg för en neurotisk personlighetsutveckling.

Många föräldrar, kanske de flesta, känner ett starkt behov av råd och stöd i barnuppfostringsfrågor. Detta behov är i dagens läge icke ens tillnärmelsevis tillfredsställande tillgodosett.

Med all rätt är vi stolta över den noggranna övervakning av våra barns kroppsliga hälsa, som följt av barnavårdscentralernas och skolhälsovårdens verksamhet. Med ett beklagande måste vi konstatera, att övervakningen av barnens psykiska hälsa ligger på en långt lägre nivå. Man vet t. ex. att regelbundna skärmbildsundersökningar möjliggör en *tidigdiagnostik* av lungtuberkulosen och att en sådan tidigdiagnostik gör det terapeutiska utgångsläget gynnsamt. På det psykiska planet låter vi det emellertid ofta gå till relativt allvarliga störningar hos barnen innan hjälpåtgärder påkallas, där dessa nu över huvud taget står att få.

I detta läge synes det oss angeläget med skyndsamma motåtgärder från samhällets sida, främst därför att vården om våra barns psykiska hälsa måste anses vara en humanitär uppgift av allra högsta angelägenhetsgrad, men även därför att en god hälsovård, regelbundna hälsokontroller och terapeutiska ingripanden på tidigast möjliga stadium på detta gebit måste anses vara en mycket lönsam investering även nationalekonomiskt sett, med tanke på de betydligt mer kostnadskrävande missanpassningsfenomen senare i livet, som på detta sätt i viss mån kan förebyggas.

Även på detta fält kommer man närmare problemens lösning med hjälp av *föräldraupplysning*, regelbunden hälsokontroll och tidigt insatta terapeutiska åtgärder, vilket i sin tur givetvis förutsätter utökade och bättre samordnade vårdresurser.

Den grundläggande och i särklass viktigaste uppfostrargärningen har i alla tider tillkommit och måste allt framgent tillkomma föräldrarna. Även om det bör varnas för osakkunnigt psykologiserande i barnuppfostran är det föga tvekan om att elementära kunskaper i barnpsykologi är av stort värde för alla uppfostrare. Det gäller såväl kunskap om barnets normala utveckling och de olika fenomen, som därunder kan uppträda, och om barnets förmåga och behov i olika avseenden under olika åldrar som kännedom om de vanligaste nervösa störningarna — och när och var man skall söka sakkunnig hjälp. Till detta kommer också den positiva uppfostringsrådgivningen — vikten av en god kontakt mellan föräldrar och barn, vikten av att barnet om möjligt får ha sin mor hemma hos sig åtminstone de första levnadsåren, praktiska anvisningar hur man skall handskas med barn i olika åldrar o. s. v. Sådan kunskap bör i sin första och elementäraste form förmedlas i samband med skolans undervisning i familjekunskap, därefter i sådana kurser i familjefrågor, som vi i det föregående diskuterat, och sist men inte minst i små *upplysningsskrifter*, som skall utarbetas av vetenskaplig expertis och distribueras till alla hushåll. Den upplysningsverksamhet, som redan förekommer i *radio* och *TV*, bör systematiseras och samordnas till sammanhängande programserier under överinseende och med deltagande av barnpsykologer och barnpsykiater.

Det bör framhållas att *socialnämnderna* redan i dagens läge rekommenderats att lämna vad man kallar »bistånd i personliga angelägenheter», d. v. s. familjerådgivning, och att *barnavårdsnämnderna* enligt sina instruktioner har att bedriva upplysningsverksamhet bland föräldrarna i fråga om uppfostran. Dessa principer bör på bättre sätt kunna omsättas i handling genom bildande av små *socialmedicinska samarbetslag* (läkare, kurator, lärare och stats- eller frikyrkopräst, av vilka om så befinnes lämpligt minst en bör vara kvinna) i varje kommun som förutom föredrags- och upplysningsverksamheten även borde ha öppen mottagning på vissa fasta och bekantgjorda tider för rådfrågning i uppfostringsfrågor. Alla svårare fall bör givetvis hänvisas till en barnpsykiatrisk klinik, som bör finnas

åtminstone vid varje centrallasarett. Den rutinmässiga hälsokontroll, som nu förekommer vid barnavårdscentralerna, bör vidare utbyggas till att gälla även den psykiska hälsan.

### Skolväsendet

I det föregående har framhållits hur barnen i många fall redan från födelsen konfronteras med psykiska stressfaktorer beroende på många föräldrars bristande kompetens som uppfostrare, deras inbördes disharmoni och deras av kulturmiljön betingade överkrav på barnen. Detta i förening med en allmän villrådighet i fråga om uppfostringsprinciper och en diffus skepsis mot olika värdesystem har bidragit till att skapa en otrygghet och vilshenhet hos många barn, som kan yttra sig såväl i känslomässig och social tillbakadragenhet och isolering som i aggressivitet, gängbildning och eventuellt ungdomsbrottslighet.

I detta läge väntar sig stora föräldragrupper hjälp och stöd från pedagogiskt håll, från skolväsendet. Tyvärr kan skolan med sin nuvarande uppläggning föga uträdda på detta gebit. I stället har det närmast blivit så, att skolan själv bidragit till att ytterligare öka den psykiska belastningen på det uppväxande släktet. Skolan fungerar i dagens läge nästan uteslutande som en kunskapsförmedlare, i icke ringa utsträckning av ett dött kunskapsstoff, och med delvis föräldrade pedagogiska metoder. Dessa förhållanden har även uppmärksammats av utredningarna beträffande grundskolans införande. Som ett resultat av denna enkelspårighet i skolans verksamhet har uppstått ett betygsjakt och en konkurrenshets, som blivit något av ett självändamål. Det är här inte fråga om att propagera för en sänkning av kunskapsnivån, endast för en strängare sovring av kunskapsstoffet ur nytto- och allmänbildningssynpunkt och för en komplettering av den kunskapsförmedlande verksamheten med en mentalhygienisk, uppfostrande och karaktärsdanande. En sådan verksamhet bör skapa förutsättningar för inställningen hos individen, att han inte bara bör ha något att leva av utan även något att leva för.

För att denna komplettering av skolans uppgifter skall kunna genomföras på ett adekvat sätt, fordras dels en *vidareutbildning i barn- och ungdomspsykologi av lärarkåren, dels en komplettering av lärarutbildningen* med utökad undervisning i nämnda ämnen, men framför allt en förstärkning av de personella resurserna, eftersom nuvarande stora klasser inte tillåter en individualiserad undervisning och kontakt.

Vi är fullt medvetna om de stora praktiska svårigheterna på detta område. De uppställda målsättningarna är dock av sådan vikt och behovet av en *fostrande* insats från skolans sida så stor, att nuvarande försöksverksamhet bör utbyggas och dess resultat tillämpas inom allt större sektorer av skolväsendet. Vi finner det angeläget att forskningen på detta gebit ges större resurser, att de nordiska forskningsprojekten på dessa och närlig-

gande gebit samordnas och att erfarenheterna från andra länder provas inom *försöksverksamhetens* ram. Vi anser att skolan bör kunna positivt påverka det uppväxande släktets *idealbildning* och värdemönster. Vi anser att verksamheten inom skolans ram till förmån för uppfostran till social och mellanfolklig samlevnad, kulturella intressen och sund personlighetsutveckling bör få betydligt ökat utrymme och vill förorda en successiv utbyggnad utgående från vunna erfarenheter vid försöksverksamheten hellre än alltför omfattande revolutionerande omläggningar av skolsystemet.

Även om huvudansvaret för det praktiska genomförandet av denna verksamhet måste åligga lärarkåren i nära samarbete med föräldraföreningarna och under överinseende och ledning av skolöverstyrelsens experter, råder det föga tvekan om att verksamheten även har rent medicinska och psykologiska aspekter, som kräver insats av fackmän inom dessa gebit. Liksom på tidigare nämnda verksamhetsområden gäller det såväl att förebygga som att bota, och en tidigdiagnostik är här som alltid av stor betydelse. Av denna anledning bör *läkarkuratorer och kliniska psykologer* distriktsvis knytas till skolorganisationen. Den rutinemässiga hälsokontroll, som i dagens läge företas vid samtliga skolor, bör i framtiden även innefatta de neurotiska rubbningarna. Det är här angeläget att uppmuntra forskningen för en utveckling av möjligheterna till en tidigdiagnostik och gruppdiagnostik, som skulle vara möjlig att genomföra även med nuvarande begränsade läkarresurser.

Sedan de hjälpbehövande uppspårats är det läkarens, psykologens, kuratorns och lärarens uppgift att med till buds stående medel terapeutiskt påverka barnet och dess situation. I den mån detta kräver större resurser måste vederbörande hänvisas till centralasarettens barnpsykiatriska avdelningar. Att ovan nämnda socialmedicinska team även skall biträda lärare och föräldrar med anvisningar och råd i uppfostringsfrågor är givet.

Det är vår uppfattning att en sådan förebyggande verksamhet kombinerad med ett uppspårande och en energisk behandling av tidiga fall av nervösa besvär och missanpassning är en humanitärt och nationalekonomiskt välmotiverad investering. En sådan inriktning kan i icke ringa mån väntas komma att avlasta uppgifterna för ungdomsvården och fångvården. Dessa vårdformer får nu i stor utsträckning arbeta med ett klientel, som försummas under en period, då det hade varit lättare att ställa till rätta och korrigeriga uppkomna anpassningsrubbningar. Först när rubbningarna blivit svårartade och fallet kanske inverterat, kopplas hjälpåtgärderna in, ofta alltför sent.

### *Arbetslivet*

Att arbetslivet för många människor medför avsevärda, ibland hälsovådliga psykiska påfrestningar, har mer och mer trängt in i det allmänna medvetandet. Man talar rätt allmänt om arbetslivets stress, vilken då inklude-



rar tävlingsmomentet, karriärmomentet och kravet på en viss prestation under ofta obehagliga yttre förhållanden. Det vore verklighetsfrämmande att tro, att alla dessa stressfaktorer kan eller ens bör elimineras, eftersom de långtifrån alltid kan anses skada organismens hälsa. Kvar står emellertid faktum, att många människor arbetar under ett för dem hälsovådligt psykiskt tryck, och detta tryck behöver och får visst icke accepteras som någonting självklart och oundvikligt, lika litet som man hade anledning att acceptera de fysiskt föga människovärdiga arbetsförhållandena under förra seklet vid industrialismens genombrott.

När det gäller att skydda arbetaren mot olycksfall i arbetet, mot industrigifter, fukt, smuts och fysisk överbelastning, har utan tvekan mycket utrettats. I allt större utsträckning har maskiner fått överta det tyngsta och smutsigaste arbetet. Man har infört arbetarskyddslagstiftning och man har begränsat arbetstiden. Samtidigt och delvis som en följd av detta har arbetet alltmer rationaliserats och automatiserats, en utveckling som kan väntas bli ytterligare accelererad i samma mån som nya marknader öppnas för vår industri samtidigt som konkurrensen utifrån hårdnar. Kraven på att arbetet skall utföras enklare, snabbare och billigare kan emellertid därvid lätt medföra belastningar som vår organism inte är konstruerad att tåla. Till de stressfaktorer som existerar redan i dagens läge kan sålunda väntas komma ännu fler.

I denna situation måste det anses ytterligt angeläget att man med kraft går in för åtgärder, som syftar till en *psykohygienisk sanering av arbetslivet*, såväl det nuvarande som framtidens, i övertygelsen att detta är såväl humanitärt som nationalekonomiskt motiverat. Utöver att man på detta sätt i viss utsträckning kan väntas kunna förebygga olika förslitningssjukdomar ökar man nämligen arbetstrivseln, två faktorer som tillsammans logiskt och erfarenhetsmässigt sett uppvisar ett nära samband med och leder till en ökning av produktiviteten.

Denna psykohygieniska sanering kan sammanfattas i tre nyckelord: 1) *rätt man på rätt plats*, 2) *anpassning av arbetsuppgifterna till individens totala biologiska förmåga och behov*, och 3) *en konstruktiv personalvård*.

Huvudprincipen i detta program måste bli att vid planeringen av en arbetsuppgift mera ta hänsyn till vad den mänskliga organismen tål och trivs med, inte bara fysiskt utan även psykiskt. Det finns arbetsuppgifter som upplevs som naturvidriga av flertalet människor. Sådana uppgifter måste antingen planeras om eller möjligen förbehållas det lilla fåtal individer, som verkligen kan väntas tåla belastningen. Principiellt bör sådana arbetsuppgifter om möjligt saneras bort, och det bör betonas att inga ekonomiska fördelar på kort sikt — för företaget eller för den enskilde — kan anses uppväga de förluster i hälsa och därigenom i produktivitet, som sådana onormala belastningar resulterar i.

Det stora flertalet arbetsuppgifter är dess bättre inte av det slaget. Lika-

fullt upplevs även dessa uppgifter som en tung börda av många människor. Även denna börda kan emellertid minskas, dels genom modifikationer i arbetssituationen, dels genom noggrann anlagsprövning, yrkesvägledning, yrkesrådgivning och arbetsanalys, uppgifter som förutsätter en välorganiserad och samordnad arbetspsykologisk och arbetsfysiologisk forskning, vars resultat sedan omsätts i praktiken av berörda samhällsorgan. De belastningar på arbetskraften, som trots detta återstår, kan sedan ytterligare mildras med personalvårdande åtgärder av psykohygienisk art. Mot detta kan invändas att sådana åtgärder är förenade med kostnader för samhället. Detta är givetvis riktigt, men det behöver framhållas att underlåtenhet att vidtaga dessa åtgärder i det långa loppet blir ännu kostsammare, inte bara humanitärt utan även nationalekonomiskt.

När ungdomen lämnar skolbänken för att träda ut i förvärvsarbetet, är ett *riktigt yrkesval* av mycket stor betydelse för den fortsatta anpassningen till funktionen i och trivseln med tillvaron. Vilket yrke man väljer, vilken arbetsuppgift man sätts på, allt detta avgörs f. n. i alltför hög grad av ovidkommande faktorer, t. ex. begynnelselönen storlek, tillfälliga modeströmningar på arbetsmarknaden, familjetradition, kamraters exempel eller av slumpen. Den yrkesvägledning som förekommer i skolorna är utan tvekan klart otillräcklig. Yrkesrådgivning förekommer ofta inte alls, och även där den förekommer tas i alltför många fall ingen hänsyn till individens anlagsbetingade förutsättningar för olika yrken. Dessa brister förefinns på samtliga nivåer i skolorganisationen.

Vi anser dessa brister mycket allvarliga och finner skyndsamma åtgärder för dessas hävande nödvändiga. Även om man i princip inte bör ställa sig avvisande till att berörda verksamhet kan utgå från den redan existerande arbetsförmedlingsorganisationen eller yrkesvals lärarorganisationen synes en sammankoppling med skolkurator- och/eller skolpsykologverksamheten vara att föredraga. Detta förutsätter en utbyggnad av dessa sistnämnda verksamhetsgrenar i enlighet med vad som sagts i föregående avsnitt. Vidare bör för ändamålet ifrågakommande kuratorer och psykologer erhålla adekvat utbildning på detta fält. Denna del av deras verksamhet bör centralt övervakas av ett *samarbetsorgan* för arbetsmarknadsstyrelsen, överstyrelsen för yrkesutbildning och skolöverstyrelsen. Samtidigt måste emellertid även den mera kvalificerade anlagsprövningen och yrkesrådgivningen tillgodoses inte minst för arbetsvårdens behov men även för personalurval till ledande och/eller ansvarsfulla befattningar. Ett visst samarbete på detta område har inletts mellan arbetsmarknadsstyrelsen och personal-administrativa rådet. Det fåtal institut som redan existerar för sådana *psykotekniska* undersökningar svarar emellertid inte på långt när mot behovet. Enligt vår mening bör det uppdras åt arbetsmarknadsstyrelsen att i samråd med övriga intressenter, främst PA-rådet, utreda frågan, så att skyndsamma åtgärder kan vidtas i syfte att tillgodose behovet på detta område.

Även den skisserade verksamheten för främjande av ett adekvat yrkesval behöver emellertid kompletteras med en upplysning riktad till alla barnfamiljer, när yrkesvals- och yrkesutbildningsfrågorna blir aktuella. Denna bör ske med *upplysningsbroschyrer*, som bör vara rikt illustrerade och som på ett intresseväckande men sakligt sätt beskriver olika yrken och utbildningsvägar. Sådana broschyrer finns redan men bör givas större spridning. Utöver dessa broschyrer bör *skolradion* och *skol-TV:n* i större utsträckning än hittills kunna utnyttjas för sådan information.

En tillförlitlig yrkesrådgivning har till förutsättning god kännedom och goda metoder att studera och mäta dels individens förmåga och behov i olika avseenden, dels de fordringar i dessa avseenden, som olika yrken ställer. Alla försök att förbättra människans anpassning i arbetslivet måste byggas på den *arbetspsykologiska och arbetsfysiologiska forskningens* resultat. Denna forskning i vårt land är av god klass men arbetar med otillräckliga resurser och är därutöver splittrad på ett flertal olika institutioner. Det är vår uppfattning att denna forsknings intressen bäst tillgodoses i och med inrättandet av ett *statens arbetsvetenskapliga forskningsråd*. Detta råd skulle ha till uppgift att främja och utveckla den arbetsvetenskapliga forskningen inom landet, att befordra samverkan mellan detta arbete och forskningen inom angränsande discipliner, att taga initiativ till sådan forskning, som är av särskild betydelse för landet, att inventera pågående och planerade forskningsprojekt på detta gebit och att främja utbyte av forskningsresultaten med andra länder. Rådet skulle fördela forskningsanslag till enskilda forskare och institutioner på det arbetsvetenskapliga området.

För att konkretisera betydelsen av ett sådant ökat och bättre organiserat stöd åt denna forskning vill vi peka på några *viktiga arbetsvetenskapliga verksamhetsområden*. Ett område har redan nämnts, nämligen anlagsundersökningar med beaktande såväl av de fysiologiska som de psykologiska aspekterna. Ett annat problem utgör arbetsanalyserna, varvid olika arbetsuppgifter och yrken studeras fysiologiskt och psykologiskt och uppdelas i sina olika komponenter. Uppgiften att utforma yrkesutbildningen så att förmågan att utföra arbetet på bästa sätt blir så välutvecklad som möjligt, lämpligaste introduktion och inkörning i nya arbetsuppgifter, studier av olycksfallsrisker och deras sammanhang med tekniska, fysiologiska och psykiska faktorer, gruppdynamiken på arbetsplatsen, arbetsledning och personaladministration, automationens, den kontinuerliga driftens och ackordsarbetets medicinska och psykologiska problem, motivationsforskning, forskning rörande den fysikaliska arbetsmiljön, utformning av maskiner och verktyg på det fysiologiskt och psykologiskt riktiga sättet, forskning kring problemet monotoni, trötthetsforskningen med sina många problem om vilopausernas längd, antal, placering och utformning i olika arbeten, personalvårdens många olika aspekter — allt detta är ytterligare några praktiskt viktiga problem, vilkas lösning kan väntas

2\* — Bihang till riksdagens protokoll 1962. 4 saml. Nr 587

ge utdelning till den enskilde arbetaren i form av bättre inkomst såväl som större trivsel och arbetsglädje, till företaget i form av bättre relationer till arbetskraften och bättre produktivitet. Vi hälsar med tillfredsställelse de insatser på detta område som redan gjorts men anser det vara av största vikt, att resurserna på detta område radikalt förbättras.

De åtgärder som hittills berörts syftar dels till genomförandet av principen »rätt man på rätt plats», dels till en anpassning av arbetsmiljön och produktionsprocessen till den arbetande människan, till hennes biologiskt rotade psykologiska och fysiologiska förmåga och behov.

Ytterligare en aspekt av den hygieniska saneringsverksamheten i arbetslivet skall här beröras. Det gäller vad som innefattas i begreppet *personalvård*. I detta innefattas väsentligt mer än lysämnesrörsbelysta lunchrum, kakelklädda duschrum och en vandringspokal till idrottsklubben. Utöver detta behövs ett levande intresse hos företags- och arbetsledning för mannen bakom svarven och flickan bakom skrivmaskinen, parat med elementära kunskaper om det mänskliga psyket. Sådant är svårt att lagstifta om, men arbetsmarknadens allmänna sektor har här goda möjligheter att påverka utvecklingen i gynnsam riktning på två sätt, dels genom att föregå med gott exempel när det gäller inrättande av befattningar för industri-läkare, industripsykologer och personalkonsulenter, efterutbildning i personalvård av arbetsledare etc., dels genom att utveckla en psykohygienisk försöksverksamhet just vid de statliga företagen och verken. Som det nu är ligger staten efter de privata företagen på denna viktiga punkt. Om de statliga företagen kunde utvecklas till ett föredöme i fråga om personalkontakt horisontellt och vertikalt, i fråga om en förebyggande psykisk och fysisk hälsovård med regelbundna hälsokontroller och energiska terapeutiska åtgärder om hälsovådliga inflytanden eller sjukdomsyftningar påvisas, i fråga om bättre personalinformation, ökad medbestämmanderätt för de anställda i företagets skötsel — då skulle detta vara ett stort steg i riktning mot en psykohygienisk sanering av hela arbetsmarknaden.

Även på detta gebit är det angeläget att *sprida upplysning* till företagare, företagsnämnder och lokala arbetstagersammanslutningar. Vi anser att arbetarskyddsstyrelsen bör få i uppdrag att utreda frågan om en sådan upplysningsverksamhet på det psykohygieniska området motsvarande den som redan bedrivs och som gäller förebyggande av kroppsskador och kroppsliga yrkesrisker.

Ett specialproblem inom det här behandlade ämnesområdet utgör den gifta *dubbelarbetande* kvinnan. Hennes situation är rik på stressfaktorer dels emedan hennes dubbla arbetsuppgift i och för sig är betungande, dels emedan detta hennes dubbla engagemang vid varje extrabelastning — t. ex. krav på overtidsarbete eller sjukdomsfall bland barnen — skapar känslokonflikter mellan hennes lojalitet mot arbetsgivaren och hennes lojalitet mot familjen.

Frågan om mödrar, vilkas barn icke uppnått lekskoleåldern, över huvud taget bör uppmuntras att engagera sig i heltidsarbete utom hemmet annat än i sådana fall, där kvinnan av någon anledning ensam måste bära försörjningsbördan, har nyligen varit föremål för livliga meningsutbyten. För kvinnor som känner vantrivsel och leda, betingad av sin bundenhet till hem och barn, är det troligen att rekommendera, att de får arbeta utom hemmet, och de praktiska förutsättningarna för ett sådant arrangemang bör skapas. För kvinnor, som intet högre önskar än att helt få ägna sig åt hem och barn, finns i stor utsträckning redan förutsättningar att få denna önskan uppfylld. Mera komplicerad är situationen för den stora mellangrupp, som vill ägna åtskillig tid åt barn och hem men som även känner ett behov att få del av den stimulans, som ett välvalt yrkesarbete ger.

Med utgångspunkt från vad som är känt om den viktiga roll modern spelar i ett barns liv alldeles speciellt under de tre första levnadsåren anser vi det oriktigt att locka ut kvinnor ur denna mellangrupp i heltidssysselsättningar, hur väl motiverat det än kan anses vara med hänsyn till arbetskraftbehovet i öppna marknaden. Det är vår uppfattning att denna fråga icke lämpligen bör lösas enligt allt-eller-intet-principen. Vi tror att en godtagbar lösning ur såväl moderns som barnens och arbetsgivarens synpunkt är dels att ett behövt antal *halvtids- och deltidstjänster inrättas*, dels att praktiska förutsättningar skapas för kvinnan att orka med denna modifikation av dubbelarbete. Dessa praktiska förutsättningar är i första hand följande.

*Lekskolor och daghem*, där barnen kan omhändertas medan modern finner sig på arbetsplatsen, bör utökas i antal, samtidigt som garantier skapas för gynnsammast möjliga miljö genom att personalen erhåller tillfredsställande utbildning i barnavård och psykologi, och genom att enheternas platsantal starkt begränsas. *Hemsamaritororganisationen och hemhjälpcentralerna* bör byggas ut för bästa möjliga service om sjukdom bland barnen skulle inträffa. Husmödarna bör erhålla möjligheter till en vida bättre service i sitt hemarbete än den nuvarande. Detta bör främst ske genom *hemrationalisering*, som skulle läras ut dels av hemkonsulenter, ev. kommunalt anställda, som skall kunna besöka hemmen, om så önskas, dels genom en serie småskrifter som skulle utarbetas centralt i samarbete med berörda intresseorganisationer och statens konsumentinstitut.

Även om sålunda vissa betänkligheter kan resas mot att barnen under en av de känsligaste perioderna av sitt liv en väsentlig del av sin vakna tid skiljs från sin mor, är det däremot all anledning att propagera för ett inlemmande av den gifta kvinnan i förvärvslivet under den jämförelsevis långa perioden före pensionsåldern, under vilken barnuppfostran icke längre är aktuell. De *utbildnings- och omskolningsprogram* för denna kvinnokategori, som redan igångsatts av arbetsmarknadsverket, bör hälsas med tillfredsställelse och ytterligare utbyggas allteftersom behovet till följd av ett intensifierat upplysningsarbete ytterligare kommer att öka.

*Den socialt och/eller medicinskt handikappade människan*

Med all rätt är vi stolta över den internationellt sett höga standarden inom vår sjuk- och hälsovård. En av förutsättningarna för denna höga standard har emellertid varit en långt driven specialisering inom de olika medicinska disciplinerna, varvid det inte sällan inträffat att den mänskliga helheten, d. v. s. den sjuka patienten, förlorats ur sikte. Samma bristande översikt och samordning möter vi på det sociala området, där flera olika samhällsorgan sysslar med delvis samma klientel utan inbördes samordning och målmedvetenhet i hjälpåtgärderna. Samlingsbegreppet i människovården — den medicinska såväl som den sociala — representeras bäst av två aktuella strömningar — rehabilitering och psykosomatisk medicin.

Den *psykosomatiska medicinen* är ett uttryck för en helhetssyn på den sjuka människan med konsekvensen att vid bedömandet av en sjukdoms orsaker, ställande av diagnosen och val av lämplig behandling de psykiska faktorerna skall bedömas och åtgärdas i samma mån som de kroppsliga. Man skall kort sagt bedöma och *behandla hela den sjuka människan* sedd mot bakgrunden av hennes miljö och inte bara hennes sjuka organ.

Det är allmänt omvittnat att vår sjukvård icke alltid fungerar enligt dessa principer, trots att minst var tredje patient som söker läkare har besvär som helt eller övervägande beror på psykiska faktorer. Anledningarna till detta är åtminstone två. Dels beaktas dessa frågor otillräckligt i den medicinska undervisningen, vilket gör att många läkare står villrådiga inför patienter av denna typ och kanske nöjer sig med att sända hem dem med ett »det är bara nerverna». Dels är den nuvarande specialiseringen inom medicinens olika discipliner så långt driven, att få av specialisterna kan eller vill ta ansvaret för *hela* patienten, om denna uppvisar ett komplicerat mönster av psykoneurotiska besvär med av dessa betingade störningar i något eller några av organismens olika organsystem. Detta medför att dessa stora patientgrupper f. n. ofta icke erhåller den vård och hjälp, som deras tillstånd kräver, att de remitteras fram och tillbaka mellan kliniker och polikliniker, att de belastar sjukhuslaboratorierna med ett mycket stort antal undersökningar som sällan leder till diagnos och ännu mindre föranleder adekvat terapi därför att sjukdomsorsaken ligger på ett annat plan än det, som speglas i analyserna. De inom psykiatrien verksamma läkarna kan inte i väsentlig utsträckning förbättra detta sakernas tillstånd dels därför att de är så fåtaliga och i stor utsträckning ianspråktagna för den s. k. tunga psykiatrien, dels emedan de måste känna sig osäkra inför de övervägande kroppsliga symtom och besvär, som dessa patienter ofta söker för.

De två medicinska specialister som utöver psykiatrien i första hand får ta emot dessa fall är invärtesmedicinen och gynekologien. På några håll här i landet har man tagit konsekvenserna av detta förhållande och till en sådan sjukhuspoliklinik knutit läkare, vilka speciellt handhaft denna patientkategori. Vid ett sjukhus har patienterna blivit föremål för en fler-

disciplinär bedömning och behandling under deltagande av ett läkarteam företrädande olika specialiteter. Detta är lofvärda ansatser, men på detta område ligger vårt land långt efter såväl många europeiska länder som USA, trots att både in- och utländska erfarenheter av en sådan psykosomatisk verksamhet är synnerligen uppmuntrande och även vi med en om-disposition av resurserna borde kunna uppnå goda resultat. Det har hävdats att nuvarande läkarbrist inte tillåter den personliga vård, som denna verksamhet implicerar. Detta är troligen delvis riktigt, men det bör betonas att psykosomatisk kunskap i många fall medför en mera rationell arbetsinsats som onödiggör många specialistkonsultationer och laboratorieundersökningar och därigenom även kan verka arbetsbesparande.

I detta läge anser vi följande åtgärder angelägna. En förutsättning för ett bättre sakernas tillstånd i framtiden är att läkarbehovet tillgodoses och att *läkarutbildningen* utvidgas i fråga om främst de psykosomatiska och psykoterapeutiska aspekterna i syfte att göra nästa läkargeneration bättre skickad att hjälpa de patientkategorier, som kommer att utgöra en stor del av dess arbetsfält. Vidare vill vi uttala oss för att yngre läkare med intresse och fallenhet för detta område med *statliga studiestipendier* genom medicinalstyrelsens försorg bereds tillfälle att utomlands vidareutbilda sig och i tillämpliga delar bidra till att omplantera sina erfarenheter i vårt land. Slutligen anser vi att planer på ett *psykosomatiskt laboratorium* och en till detta knuten *poliklinik* bör utarbetas och realiseras vid något av universitetssjukhusen och att erfarenheterna från en sådan försöksverksamhet bör tillgodogöras i en successiv utbyggnad av den psykosomatiska verksamheten i vårt land. Utöver denna till vissa behandlings- och forskningsenheter koncentrerade verksamhet måste emellertid *hela* den medicinska verksamheten präglas av denna helhetssyn på människan. Psykosomatisk medicin är inte en ny specialitet i egentlig mening, snarare en tendens, ett sätt att se, som berör medicinens alla delområden. Detta bör beaktas i den medicinska undervisningen mer än vad som nu sker.

Den andra stora luckan i vår människovårdande verksamhet ligger delvis i linje med den tidigare nämnda och är att finna på *rehabiliteringsområdet*. Vi måste göra klart för oss att det inte räcker med att hjälpa en sjuk människa att övervinna det akuta stadiet av en sjukdom. Hos många patienter blir sjukdomen kronisk, såsom fallet är t. ex. vid ledgångsreumatism, många hjärtsjukdomar, epilepsi, sockersjuka m. m., eller yttrar sig i ett bestående handikapp efter förlust av en extremitet, förlamningar av skilda slag o. s. v. I sådana fall gäller det att återställa, förbättra eller bevara den högsta möjliga psykiska och fysiska funktionsförmåga med hänsyn till handikappet, som individen är i stånd att uppnå. Detta är en uppgift för den medicinska rehabiliteringen. När detta skett blir uppgiften att på bästa sätt utnyttja denna funktionsförmåga för ett återinlemmande av patienten i samhälle och arbetsliv. Denna uppgift tillkommer i huvudsak

den yrkesmässiga rehabiliteringen, arbetsvården. Trots de aktningstvårda insatser som gjorts på ovan nämnda rehabiliteringsområden är denna verksamhet i vårt land klart underutvecklad, ett förhållande som kostar tiotusentals medborgare stora lidanden och som ur nationalekonomisk synpunkt innebär en misshushållning av betydande omfattning.

Situationen i dag är nämligen den att tiotusentals människor i vårt land — 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 kronisk. Socialhjäpsklientelet utgörs till övervägande delen av sådana fysiskt och/eller psykiskt och/eller socialt handikappade. Att så verkligen är fallet illustreras övertygande i tre relativt nyligen publicerade socialhjäpsundersökningar.

Sålunda fann Inghe att hjälpbehovet hos drygt 80 % av de 500 socialhjälpstagarna i hans material berodde på fysisk sjukdom och att mer än hälften av fallen uppvisade psykiska besvär. *Socialhjäpsutredningen* i Stockholm (1960) visade dokumenterad sjukdom hos 75 % av de 1 366 socialhjäpsfallen. Och i sin landsomfattande socialhjäpsundersökning konstaterar L. Jonsson, socialstyrelsen, sjukdom som orsak till hjälpbehovet hos ca 70 % av de 4 020 hjälpfallen, som regel med en sjukdomsvaraktighet på ett år eller mer. Att märka är att endast 316 av dessa fall, d. v. s. mindre än 8 %, var anmälda till arbetsvård. Det finns anledning att förmoda, att denna siffra skulle ha blivit ännu lägre om inte socialstyrelsens förfrågan hos socialnämnderna hade aktualiserat tanken på arbetsvårdsåtgärder.

Detta är skrämmande siffror, men de speglar nog trots allt endast en del av rehabiliteringsbehovet, bl. a. eftersom ett stort antal hjälpbehövande säkerligen drar sig för att anlita socialvården. Hur stort behovet egentligen är vet man i dagens läge endast mycket approximativt. Det har talats om ca ett hundratusental individer. Om man i rehabiliteringsbehovet inkluderar alla för någon form av medicinsk rehabilitering och/eller arbetsvård ägnade handikappade, alltså även delar av ungdoms-, nykterhets- och fångvårdsklientelet och viss äldre arbetskraft, blir denna siffra troligen ännu högre och kan stiga ännu mer i samma mån som socialförsäkringsförmåner förbättras.

Därvid är att märka att de nuvarande resurserna inte på långt när svarar mot det aktuella behovet, varken mot det beräknade eller det faktiska, och ännu mindre mot morgondagens.

Vilken är då situationen på rehabiliteringsområdet, och på vilket sätt och i vilken utsträckning behöver den förbättras?

Vid fjolårets riksdag hemställde centerpartiet i en motion (II: 500) om



en utredning rörande arbetsvården och den medicinska rehabiliteringen. En sådan utredning har nu beslutats, vilket vi hälsar med tillfredsställelse. Utöver vad som redan framhållits i ovan nämnda riksdagsmotion vill vi i dagens läge anföra följande.

Det har beräknats att mellan 10 och 25 % av sjukhusklientelet lider av kroniska sjukdomstillstånd eller av ett bestående lyte och av den anledningen är i behov av rehabiliteringsåtgärder, sådana de definierats av National Research Council of Rehabilitation i USA: »The restoration of the handicapped to the fullest physical, mental, social, vocational and economic usefulness, of which they are capable.» Det första steget i denna rehabilitering, utöver den egentliga medicinska vården, utgörs av vad man brukar kalla den *medicinska rehabiliteringen*. Dess syfte är trefaldigt: 1) att med hjälp av åtgärder, icke direkt riktade mot sjukdomsprocessen som sådan, i möjligaste mån förebygga eller häva av sjukdomen, skadan eller lytet betingad funktionsinskränkning och att utveckla kompensatoriska funktioner, 2) att förkorta sjuk- och konvalescensperioderna, samt 3) att bibringa patienten högsta möjliga grad av fysisk och psykisk duglighet. (Jfr SOU 1958: 17.)

De viktigaste aktiviteterna inom ramen för den medicinska rehabiliteringen utgörs av 1) sjukgymnastik, 2) sysselsättnings- och arbetsterapi, 3) annan fysikalisk terapi, 4) tekniska hjälpmedel, 5) kuratorsverksamhet, 6) viss psykisk och fysisk funktionsprövning, samt 7) psykoterapi. Delar av denna verksamhet bedrivs säkert vid alla sjukvårdsinrättningar. Vid ett fåtal större lasarett har verksamheten systematiserats, samordnats och sammanförts till särskilda rehabiliteringsavdelningar, som verkar i nära samarbete med patientens »ordinarie» läkare. Ett resultat av detta samarbete bör vara att man för varje härför lämplig patient på tidigast möjliga stadium i sjukdomsförloppet utarbetar en samordnad behandlingsplan, i vilken hänsyn tas inte bara till de rent medicinska förhållandena utan även till de psykiska och sociala. Erfarenheterna med en sådan verksamhet är synnerligen goda, såväl utomlands (i England fanns redan för 7 år sedan över 300 lasarett med rehabiliteringsavdelningar) som i vårt land, där en försöksverksamhet i mindre skala pågått bl. a. vid Södersjukhuset, vid lasarettet i Borås och vid epidemisjukhuset i Göteborg. F. d. pensionsstyrelsens sjukvårdande verksamhet innefattar också delar av en sådan rehabilitering.

För att den medicinska rehabiliteringen verkligen skall kunna komma i närheten av de uppsatta målsättningarna krävs emellertid 1) att det finns rehabiliteringsavdelningar i tillräckligt antal vid våra lasarett, 2) kompetent personal till dessa avdelningar, och 3) att läkarkåren har erforderliga kunskaper i rehabiliteringsmedicin. För närvarande kan intet av dessa tre villkor sägas vara uppfyllt, och det synes som om föga gjorts för att för framtiden råda bot på detta förhållande.

Rehabiliteringskliniker finns redan inrättade vid Epidemisjukhuset i Göteborg samt vid lasaretten i Borås, Danderyd, Västerås och vid Södersjukhuset. Emellertid står alla utom de två förstnämnda outnyttjade p. g. a. brist på kompetent personal. Ytterligare kliniker lär vara under planering vid lasaretten i Eskilstuna, Jönköping, Växjö, Visby, Kristianstad, Lund, Karlstad, Örebro, Falun och Boden samt vid Sahlgrenska sjukhuset och Malmö allmänna sjukhus. (SOU 1961: 29.) Bl. a. av skäl, som är ganska uppenbara och närmare kommer att beröras nedan, har dock huvudmännen visat en stor tveksamhet att låta dessa kliniker avancera längre än till planeringsstadiet. Behovet av rehabiliteringskliniker har upprepade gånger påtalats, bl. a. av medicinalstyrelsen i en VPM av den 2 mars 1954, i vilken bl. a. konstateras att det övervägande gäller att samordna och utveckla redan förefintliga funktioner eller projekterade arbetsuppgifter. »I den mån ytterligare resurser visa sig erforderliga, torde kostnaderna för behövlig komplettering för att få till stånd den samarbetsgrupp, som skall bestrida rehabiliteringsverksamheten, bli av synnerligen ringa storlek i förhållande till de vinster, som det rationellare utnyttjandet av sjuk- och arbetsvårdens resurser kan väntas medföra i form av ökad produktionsförmåga och minskade understöds-kostnader.»

Den andra förutsättningen för en effektivt arbetande rehabiliteringsorganisation inom ramen för lasaretten är att det finns för ändamålet utbildade läkare, sjukgymnaster, arbetsterapeuter och kuratorer i tillräckligt antal. Särskilt angeläget är det att rehabiliteringsläkare utbildas i tillräcklig omfattning. Så har hittills icke skett. Hur en utbyggnad av rehabiliteringsavdelningarna sådan den ovan skisserats skall bli möjlig utan tillgång till kompetent läkarpersonal som skall leda verksamheten synes icke ens ha diskuterats.

I sitt yttrande har 1958 års socialförsäkringskommitté (SOU 1961: 29) med all önskvärd tydlighet fastslagit att »de ökade förmånerna från socialförsäkringen och främst från pensioneringen aktualiserar en kvantitativ och kvalitativ upprustning av rehabiliteringsresurserna» dels för själva den rehabiliterande verksamheten men även för »invaliditetsbedömningen och graderingen av förtidspensionens storlek». Kommittén understryker vidare »att envar försäkrad som så önskar och är i behov av rehabilitering bör äga rätt att få behovet tillgodosett». Man måste med ett beklagande konstatera att detta är omöjligt med nuvarande resurser.

Den tredje förutsättningen för en effektivt arbetande medicinsk rehabilitering är att framför allt läkarkåren bibringas erforderliga kunskaper i rehabiliteringsmedicin och att denna riktning ges ett sådant status, att den lockar till sig kvalificerade krafter. Vi vill framhålla att regeringen i sitt svar å Internationella arbetsbyråns frågeformulär i rapport IV särskilt framhållit, att bland annat läkare, kuratorer, sjukhus och vårdanstalter bör vara väl informerade om de möjligheter arbetsvården erbjuder samt att ett stort ansvar speciellt åvilar läkarna, vilka redan under den medi-

cinska vårdtiden bör beakta dessa möjligheter. — Vi anser, att information om de möjligheter som *såväl* den medicinska rehabiliteringen som arbetsvården erbjuder icke i behövlig omfattning lämnats till läkarkåren och till de andra befattningshavare och institutioner, på vilka ansvaret för rehabiliteringens praktiska utformning vilar. Det förutsätts sålunda att t. ex. arbetsterapien och sjukgymnastiken skall ordineras, doseras och till sin utformning fastställas av läkaren så att dessa terapiformer verkligen medför den kroppsliga och psykiska funktionsträning som de rätt administrerade kan åstadkomma. I dagens läge befattar sig endast ett fåtal läkare med dessa frågor. Flertalet nöjer sig med en allmänt hållen ordination av arbetsterapi eller rörelsebehandling och överlåter utformningen till vederbörande terapeut. Detta medför att behandlingen på många håll blir slentrianmässig och att behandlingsformernas stora möjligheter i betydande utsträckning lämnas outnyttjade. I fråga om arbetsvårdens många och rikt differentierade hjälpmöjligheter råder en ännu djupare okunnighet.

För en utbyggnad och effektivisering av den medicinska rehabiliteringsverksamheten anser vi följande åtgärder nödvändiga. *Utbildningen* främst av speciella *rehabiliteringsläkare* måste skyndsamt utredas. Under en övergångstid bör — eftersom behovet av rehabiliteringsläkare är akut — en provisorisk utbildning inledas vid statens arbetsklirik i samarbete med karolinska sjukhusets avdelning för fysioterapi och medicinsk rehabilitering för såväl arbetsvårdens som den medicinska rehabiliteringens behov. Utbildningen bör dels gälla medicine kandidater och pågå parallellt med kurserna i invärtes medicin och kirurgi, dels omfatta efterutbildningskurser för tjänsteläkare och andra intresserade läkare som syftar till en anställning inom rehabiliteringsverksamheten. Till de senare kurserna bör statsstipendier utgå. Det bör utredas om icke till karolinska institutet kunde knytas en *professur i rehabiliteringsmedicin* förenad med befattningen som överläkare vid statens arbetsklirik, som bör få kraftigt ökade resurser.

Behovet av medicinsk rehabilitering och arbetsvård bör grundligt utredas. Det nu tillämpade systemet med aktualisering och bedömning av sjukförsäkringsfall med en sjukskrivningstid överstigande 90 dagar ger viss vägledning om det löpande behovet av rehabiliteringsåtgärder. Systemet med samsarbetsgrupper mellan sjukförsäkring och arbetsvård måste ytterligare utbyggas att omfatta samtliga sjukförsäkringsdistrikt. Emellertid behövs utöver detta en inventering av *samtliga* medborgare, med eller utan sjukpenningförsäkring, pension och/eller socialhjälp, som kan bedömas behöva undersökas ur rehabiliteringssynpunkt.

I vår motion i detta ärende vid fjolårets riksdag föreslog vi att detta skulle ske i samband med mantalsskrivningsuppgifternas infordrande, inte minst som det betonats att det är *varje medborgares rättighet* att få bli föremål för rehabiliteringsåtgärder om han så önskar och i den mån indikationer för sådana föreligger. Vi vill ånyo aktualisera detta förslag.

Det har i olika sammanhang framhållits att grunden för den medicinska

rehabiliteringsverksamheten redan är lagd i och med att delar av denna verksamhet redan existerar vid ett stort antal lasarett. Problemet är snarare att rätt utnyttja redan förefintliga resurser och att samordna dessa och inordna dem i rehabiliteringssträvandena. Detta bör utöver med de åtgärder för läkarutbildning och efterutbildning varom ovan talats ske med en upplysningskampanj utgående från den nu tillkallade rehabiliteringskommittén i samråd med arbetsvårdsdelegationen vid arbetsmarknadsstyrelsen. Slutligen bör *rehabiliteringsverksamheten vid varje lasarett ställas under en överläkares ledning* redan innan stora investeringar i nybyggnader företagits. Ett sådan förfaringssätt synes oss bättre garantera en successiv utbyggnad och betryggande funktionsförmåga än nu tillämpade system med stora klinikbyggen, som i åratal står oanvända eftersom överläkartjänsten inte kunnat tillsättas. Det har föreslagits att denne överläkare bör vara chefen för den ortopediska verksamheten i länet. Vi ställer oss tveksamma till rehabiliteringsverksamhetens fastläsning till en viss medicinsk specialitet, allra helst som t. ex. de psykiatriska synpunkterna vid en handikappad individs rehabilitering synes vara minst lika viktiga som de ortopediska. Det synes oss riktigare att till rehabiliteringsöverläkare utses 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 därutöver även genomgått den efterutbildningskurs i rehabiliteringsmedicin, varom ovan talats. Vi vill även framhålla att verksamheten åtminstone så länge nuvarande personalbrist råder bör planeras som en *serviceavdelning* för konsultation och behandling av på andra avdelningar ineliggande eller ambulanta patienter i enlighet med vad som anförts inom bl. a. Svenska vanförevårdens centralkommitté. Först när personalsituationen så medger bör verksamheten i vissa fall ombildas till en vårdavdelning. Detta provisoriska arrangemang med serviceavdelningar för den medicinska rehabiliteringen skulle på relativt kort tid kunna förverkligas och förse sjukvård och socialförsäkring med de omedelbart behövliga resurserna. Om så skulle anses lämpligt kan dessa avdelningar efter hand ytterligare utbyggas med egna vårdplatser, samtidigt som de redan från första stund utgör en funktionsduglig stomme i rehabiliteringsverksamheten.

En konsekvens av en sådan bättre samordning av redan förefintliga resurser synes oss komma att bli, att sjukgymnastiken mer än vad som nu är fallet kommer att inriktas på »dagligt-liv-aktiviteter» inklusive vad som behövs av kroppsrörelser för de arbetsmoment, som kan komma i fråga för varje handikappad. Samtidigt bör arbetsterapien utnyttjas mera rationellt såväl i fysiskt och psykiskt funktionsförbättrande syfte som för att överbrygga klyftan till de arbetsvårdande åtgärderna, som skulle beredas ökade möjligheter om arbetsterapien redan under sjukhustiden kunde ges en mera realistisk arbetsprägel.

Beträffande utbyggnaden av *arbetsvårdsverksamheten* är att säga, att vi i huvudsak instämmer i de riktlinjer, som angivits i arbetsmarknadsstyrelsens arbetsvårdspolitiska program. Utöver vad som angivits i detta vill vi framhålla följande.

I årets proposition anför vederbörande departementschef: »Syssestättningsspolitiken syftar till att varje medborgare skall ha möjlighet att göra en produktiv insats motsvarande hans intressen och förmåga. För samhället innebär detta att arbetskraften, vår viktigaste produktionsfaktor, blir maximalt utnyttjad i lönsam syssestättning. Varje arbetslöshetsdag, som förvandlas till en arbetsdag, betyder en nationalekonomisk vinst.»

Denna *rätt till arbete*, som varje människa bör anses ha, förmenas i dagens läge stora medborgargrupper på grund av bristfälliga och otillräckliga samhällsåtgärder främst sammanhängande med arbetsvårdsexpeditionernas allvarliga underbemanning. Allvarligast är denna underbemanning i fråga om läkarpersonalen vid arbetsvårdsexpeditionerna. Det är något av en självklarhet men måste tydligen ändå framhållas att all mera kvalificerad arbetsvård måste föregås av ingående medicinska och psykiatriska överväganden och även i övrigt bedrivs i nära samarbete mellan läkare och social personal. I många arbetsvårdsåtgärder ingår sålunda ett betydande mått av psykoterapi. Med hänsyn till att psykoneuroser och andra psykiska handikapp förekommer som väsentliga arbetshinder hos ungefär 70 % av vissa arbetsvårdsmaterial är det ett villkor för en effektivt arbetande arbetsvård att läkare, kuratorer och kliniska psykologer i tillräcklig omfattning knyts till verksamheten. Det räcker inte med enstaka specialistkonsultationer — här behövs möjligheter till en kontinuerlig kontakt och uppföljning. Utförda undersökningar har visat den utomordentliga betydelsen av en sådan kontinuerlig kontakt med arbetsvårdsexpeditionernas sociala och medicinska personal, som kan stödja, uppmuntra och släta över men som därutöver även kan modifiera och ändra åtgärder, som beslutats initialt men som under rehabiliteringens gång visat sig vara inadekvata. Denna verksamhet kan *icke* med fördel överflyttas på arbetsförmedlingarnas fackavdelningar.

När en individs handikapp är särskilt komplicerat och dess konsekvenser för arbetsförmågan särskilt svårbedömda, kan den handikappade hänvisas till arbetsprövning innefattande en grundlig och allsidig, medicinsk, psykologisk, social och arbetsmarknadsmässig kartläggning av den handikappades hinder och förutsättningar ur arbetssynpunkt. Denna *arbetsprövning* bedrivs sedan ett litet antal år i som provisorium tänkta baracker av statens arbetsklirik i Stockholm, f. n. med en årskapacitet av ca 150 fall. Enligt mycket försiktiga beräkningar torde behovet vara minst det tiodubbla.

I många fall är det svårt för en handikappad att efter år av arbetsoförmåga direkt och utan föregående tillvänjning återvända till arbetslivet. Här kan en *arbetsträning* vara till stor hjälp. En sådan träning bedrivs vid särskilda institut, på något undantag när minst ett i varje län.

Där den handikappades förmåga trots alla hjälpåtgärder inte räcker till för förvärvsarbete i öppna marknaden, kan han anvisas *skyddad sysselsättning*, som bedrivs vid snart ett 100-tal verkstäder. Det beräknas att behovet av arbetsträning och skyddad sysselsättning motsvarar minst 15 000 platser, medan tillgången f. n. är ca 4 000.

I detta läge har arbetsmarknadsstyrelsen kommit med anslagsäskanden, som förefaller oss fullt realistiska. Man har begärt en fördubbling av antalet tjänster på arbetsvårdsexpeditionerna. Man har föreslagit att de f. n. 24 länsarbetsnämndsläkarnas tjänstgöringstid skall utökas från två till fyra veckotimmar, och att ytterligare åtta läkare skall knytas till de arbetsvårdsexpeditioner, som f. n. saknar fast läkareexpertis. Inte minst *förstärkningen av läkarexpertisen* är en fråga av yttersta angelägenhetsgrad, eftersom underbemanningen på den fronten är särskilt påtaglig. Den föreslagna mycket blygsamma förstärkningen skulle i förening med bifall till arbetsmarknadsstyrelsens förslag om statsbidrag med 50 % av kostnaden för läkare, kuratorer, psykologer m. m. vid av landsting, kommuner, m. fl. drivna träningsinstitut leda till dels en betydande effektivisering av verksamheten generellt, dels även möjliggöra att en viss mindre kvalificerad arbetsprövning skulle kunna förläggas till arbetsträningsinstituten, eftersom arbetskliniken kapacitet icke motsvarar mer än 10 % av behovet.

Trots den höga prioritet, som en upprustning av föreslagen omfattning av arbetsvårdsresurserna uppenbarligen borde ha, har departementschefen radikalt begränsat de 113,5 begärda tjänsterna vid arbetsvårdsexpeditionerna till 40 samtidigt som de två veckotimmarnas läkartjänstgöring icke ansetts behöva utökas till — även de klart otillräckliga — fyra, och förslaget om statsbidrag med 50 % till lönekostnaderna för av landsting, kommuner, m. fl. vid träningsinstitut anställda läkare m. fl. lämnats utan avseende. Begränsningen på läkarsidan görs utan motivering eller kommentarer. Nedprutningen i fråga om den sociala personalen motiveras med en ökad medelstillelning för anställning av tillfällig personal, varvid emellertid svårigheterna att till verksamheten knyta kvalificerad personal, som därutöver i betydande omfattning måste specialutbildas, med endast tillfälliga anställningar, på ett orealistiskt sätt underskattats. Att beakta är även att inga medel anvisats för vidare utbildning av denna nyanställda personal.

Konsekvenserna av de i propositionen vidtagna begränsningarna i arbetsmarknadsstyrelsens förslag, av vilka endast de viktigaste anförts, torde komma att allvarligt drabba främst givetvis de hjälpbehövande och den personal som med otillräckliga resurser har att söka återföra dem till ett produktivt liv. Även om man anser sig kunna bortse från dessa som vi anser mycket väsentliga humanitära aspekter, innebär propositionsalternativet en misshushållning även nationalekonomiskt. Den samverkan i rehabiliterande syfte mellan sjukkassor och arbetsvårdsexpeditioner, som anbefallts och redan inletts, kommer icke att kunna genomföras enligt planerna.

Förutsatta rehabiliterande verksamhet men även invaliditetsbedömning och gradering av förtidspensionens storlek, som är en nödvändig förutsättning för ett *rationellt* utnyttjande av socialförsäkringarna inklusive ATP, torde icke kunna genomföras på ett sätt som tillnärmelsevis svarar mot behovet. Resultatet av detta kommer att bli risk för årslånga förhållningar vid handläggning av pensionsärenden av denna typ, för sent insatta och otillräckliga rehabiliteringsåtgärder och stora ekonomiska och humanitära förluster för den enskilde såväl som för samhället. Obemedlade försäkringsstagare kommer i betydande utsträckning att behöva hänvisas till socialvårdsbidrag under väntetiderna, och socialförsäkringsförmånerna blir svåra att administrera med nödig omsorg, vartill kommer att arbetsmarknaden, f. n. med ett beräknat arbetskraftbehov på över 100 000 personer, i stor omfattning undandras arbetskraft, som intet högre önskar än att få bidra med sin produktionsinsats.

I detta läge hemställer vi att *arbetsmarknadsstyrelsens anslagsäskanden* på ovan berörda punkter samt i fråga om näringshjälp, hemarbete och investeringsbidrag till verkstäder för handikappade av riksdagen *bifalles* utan nedskärningar. Jämsides med denna utökning av de personella och ekonomiska resurserna bör åtgärder vidtagas för en rationalisering av kontorsrutin och utredningsförfarande inom den sociala sektor, av vilken arbetsvårdsverksamheten utgör en del. Framför allt bör socialvårdens, arbetsvårdens, sjukhuskuratorernas och sjukkassornas verksamhet samordnas betydligt mer än vad som nu sker.

Vidare bör åtgärder vidtagas för en bättre kontakt mellan sjuk- och arbetsvård med en utvidgad inbördes informationsverksamhet, kontaktmän och distribution av remissblanketter och övriga upplysningar från arbetsvårdsexpeditionerna till i vederbörande region verksamma läkare och sjukvårdsenheter. Till en sådan samordning torde det planerade centrala organet kunna bidra. Denna intensifierade och kontinuerliga upplysningsverksamhet bör även inriktas på arbetsgivare inom såväl den allmänna som den enskilda sektorn och på de handikappade själva, som bättre än vad som nu är fallet skall informeras om de hjälpmöjligheter som står till buds för att på eget initiativ kunna söka hjälp — något som f. n. endast förekommer i mycket liten omfattning.

Verksamheten för arbetsträning och skyddad sysselsättning inklusive hemarbete måste kraftigt och skyndsamt utbyggas och förses med sådana resurser i fråga om inte minst läkare, kuratorer och psykologer, att den människovårdande principen i verksamheten verkligen tillvaratas.

Vi vill vidare framhålla, att det f. n. finns *ett hundratal verkstadsenheter för arbetsträning och skyddad sysselsättning* med ca 4 000 platser. Anläggningsekostnaderna för de största verkstäderna överstiger 3 miljoner kronor. Enligt arbetsmarknadsstyrelsens beräkningar är behovet av sådana platser minst 15 000, sålunda en mycket stor verkstadsrörelse. Vid dessa verkstä-

der bedrivs och kommer att bedrivas en produktion, som täcker flertalet branschområden. Huvudmän för nämnda verkstäder är landsting, kommuner och enskilda organisationer. Statsbidrag till dessa utgår genom arbetsmarknadsstyrelsen, som är tillsyningsmyndighet. Styrelsen är även rådgivande och planerande organ till hjälp för huvudmännen.

Det är uppenbart att utbyggnaden av en verkstadsrörelse i denna storleksordning kräver en noggrann planering och samordning inte minst ur ekonomisk synpunkt, och att verksamheten måste i möjligaste mån anpassas till det enskilda näringslivet och dess arbetsformer där så kan ske utan tillbakasättande av de människovårdande synpunkterna. Med hänsyn till såväl nuvarande som framtida omfattning i verksamheten synes det vara riktigt att huvudmännen är medrepresenterade i det centralt samordnande arbetet. Detta synes lämpligast kunna ske genom att Landstingsförbundet, Stadsförbundet, Landskommunernas förbund, de partiellt arbetsföras och andra intressenters organisationer, arbetsmarknadsstyrelsen och det enskilda näringslivet ingår med vardera en representant i ett *centralt samordningsorgan*, i vilket såväl rehabiliteringsexpertis som driftsteknisk och driftsekonomisk expertis finns företrädd.

Vi finner det angeläget att den tillkallade rehabiliteringsutredningen beaktar här anförda synpunkter för den framtida planeringen av rehabiliteringsverksamheten.

Ytterligare två vårdområden som alldeles uppenbart blivit lidande på att individen icke blivit föremål för en kombinerad kroppslig, psykisk och social bedömning och behandling, för en psykosomatisk behandling inom rehabiliteringens ram, är *nykterhetsvården* och *fångvården*. Dessa vårdformers klientel kan visserligen inte utan vidare sammanföras med den övriga rehabiliteringssektorns — en viss differentiering av klientelet är säkerligen till fördel för båda parter. Vad vi syftar till är att rehabiliteringen av alkoholmissbrukare och lagöverträdare av socialt handikappade skall följa samma allmänna riktlinjer, som redan gäller beträffande individer med medicinska och/eller psykiska handikapp. Lämpligt synes oss vara att den nu kallade rehabiliteringsutredningen till sig knyter behövlig sakkunskap från nykterhets- och fångvården och beaktar även dessa vårdformers rehabiliteringsproblem.

Av det ovanstående torde framgå, att vi betraktar rehabiliteringsverksamheten som en integrerande del av det socialpolitiska välfärds-, trygghets- och trivselprogrammet. Rehabiliteringsverksamheten i ifrågakommande form är i vårt land en relativt ny disciplin. Vi anser det därför angeläget att det utvecklingsarbete som snarast bör följa får gå hand i hand med en utvidgad forskningsverksamhet på detta gebit. Vi anser stöd åt en sådan forskning i hög grad vara en samhällelig angelägenhet och föreslår att forskningsbidrag, projektinventering, planering och samordning även inom detta forskningsområde skall utgå från det statens arbetsvetenskapliga forskningsråd, varom vi ovan talat.



Av vad som ovan sagts torde framgå att vi delar socialministerns uppfattning att rehabiliteringsverksamheten bör samordnas och ledas av ett centralt organ. Ett sådant har ju även föreslagits av socialförsäkringsutredningen.

De många utredningar och yttranden, som förekommit på rehabiliteringsområdet, har som regel utgått från det humanitärt samt national- och företagsekonomiskt berättigade i verksamheten, dock utan att kunna anföra annat än utländska, på helt andra människomaterial grundade resultat. Vi vill framhålla att mycket vackra resultat numera även föreligger från inhemsk rehabiliteringsverksamhet sådana den bedrivs vid statens arbetsklirik. I Svenska läkartidningen 1961:58:3508 och 1961:58:3600 redovisas en socialmedicinsk efterundersökning av 133 fysiskt och psykiskt svårt handikappade personer ur Stockholms stads arbetsvårdsklientel. Dessa hade under åren 1953—1956 genomgått arbetsprövning vid statens arbetsklirik i Stockholm. På basen av därvid gjorda medicinska och sociala bedömningar vidtogs åtgärder i syfte att återföra så många som möjligt till ett produktivt arbete i öppna marknaden. Vid två efterundersökningstillfällen 1958 och 1961 visade sig mer än hälften av klientelet vara återfört till arbetslivet trots sina svåra handikapp och sin många gånger mycket långvariga arbetsfrånvaro före arbetsprövningen. En mellangrupp var endast mera tillfälligt ur arbete, och endast ca en tredjedel av materialet var att rubricera som långvarigt arbetslös. En ingående social och ekonomisk kartläggning av rehabiliteringsförloppet visar därutöver att de rehabiliterade arbetar med god produktivitet, att arbetsinkomst, trivsel, sjukfrånvaro och rörlighet på arbetsmarknaden ligger på en tillfredsställande nivå och att understödsbehovet kraftigt minskat.

Dessa uppmuntrande resultat får givetvis icke undanskymma det faktum, att de allra svårast handikappade icke kan göras produktiva i öppna marknaden och att vissa bland dem ej heller kan fungera ens under mycket skyddade förhållanden, t. ex. i skyddad verksamhet eller hemarbete. Av humanitära skäl bör även dessa människor om de så önskar besparas institutionaliseringens nackdelar och så långt det är möjligt skötas i hemmen. Lika viktigt som det är med största försiktighet med penningunderstöd utan samtidig rehabiliteringsinsats till människor, som på olika sätt åter kan tänkas återinpassas i produktionen, lika angeläget är det att de olyckligt lottade människor, varom här är tal, skall besparas den sten på börda som läggs genom en generaliserad misstänksamhet och njugghet även med dessa hjälpbehövande. 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 selsättning givetvis helt utan sidoblickor på eventuell lönsamhet ur samhällssynpunkt. Lämpligt synes oss vara att bidrag från staten utgår så, att Svenska röda korset i samarbete med SVCK bereds möjlighet att ekonomiskt och administrativt lämna stöd till sådan verksamhet.

*De äldre i samhället*

Tendensen i befolkningsutvecklingen i vårt land har inneburit att en allt större andel av befolkningen kommer upp i de högre åldersklasserna. Inom få år kommer ca en fjärdedel av befolkningen att vara över 50 år, och 1970 beräknas över 14 % av befolkningen ha överskridit 65-årsnivån i ålderspyramiden. Den ekonomiska trygghetspolitiken har för dessa kategorier skapat förutsättningar för en i ekonomiskt avseende lugn ålderdom, även om inte heller detta reformarbete kan betraktas som helt tillfredsställande genomfört eller avslutat. En konsekvens av att en allt större andel av befolkningen tas ur produktionen måste emellertid bli att den ekonomiska belastningen på de förhållandevis små arbetande grupperna i de mellersta åldersklasserna blir allt större. Till de uppenbara nationalekonomiska nackdelarna kommer emellertid ännu viktigare humanitära. Detta att av administrativa skäl eller på grund av en åldersdiskriminerande politik från arbetsgivarsidan tvingas bli pensionär eller t. o. m. få försörjningssvårigheter efter ett aktivt och produktivt liv, när man fortfarande känner att man har mycket kvar att ge av arbetsinsats och skaparglädje, kan kännas mycket bittert för stora befolkningsgrupper. Det är också omvittnat att sysslösheten särskilt i dessa åldrar ofta åtföljs av en inaktivitetsatrofi, av en psykisk och fysisk tillbakagång.

Vi vill dock understryka att problemet ingalunda är begränsat till den arbetskraft som redan gått eller snart skall gå i pension. Fördomarna mot anställande av s. k. äldre arbetskraft går betydligt längre ned i åldersklasserna. Upprepade vetenskapliga undersökningar har fastslagit att dessa fördomar saknar grund, att den äldre arbetskraften med sin som regel större skicklighet och erfarenhet, sin pålitlighet, lojalitet och ansvarskänsla i lämpliga uppgifter kan prestera arbetsresultat fullt i nivå med den yngre arbetskraftens, speciellt på befattningar där fysisk styrka och snabbhet inte är avgörande krav.

De åtgärder från samhällets sida som vi finner angelägna i syfte att så länge som möjligt låta arbetsföra äldre människor få rätt att stanna kvar i arbetslivet kan sammanfattas på följande sätt.

*Åldersforskningen* bör ägnas ökade samhällsbidrag, och dess resultat med relevans för arbetslivet bör ges ökad spridning. *Stat och kommun* som arbetsgivare bör föregå med gott exempel och *anställa äldre arbetskraft* i större utsträckning än hittills, inte främst av humanitära hänsyn utan därför att denna arbetskraft på för den lämpliga befattningar mycket väl kan hävda sig i konkurrensen med den yngre. Angeläget är emellertid att principen om »rätt man på rätt plats» följs även i detta sammanhang, vilket förutsätter en *ökad yrkesrådgivning*, anlagstestning och i vissa fall omplacering eller omskolning för denna kategori. Arbetsmarknadsorganens ansträngningar i den riktningen är värda all uppskattning, men resurserna är fortfarande otillräckliga och bör skyndsamt utbyggas.

Efter hand som arbetsförmågan med stigande ålder avtar skall arbetsuppgifterna till art och mängd alltmer anpassas till vad som motsvarar individens kapacitet, varvid möjligheterna till deltidsarbete bör tillvaratas. När arbete i öppna marknaden på grund av nedsatt konkurrensförmåga icke längre är möjligt, bör arbetsmöjligheter beredas inom ramen för arbetsvårdens *skyddade verksamhet*. Föga tvekan kan råda om det rekommendabla i att på detta sätt hålla åldrande människors psykiska och fysiska vitalitet på högsta möjliga nivå samtidigt som deras återstående produktivitet kommer såväl dem själva som kollektivet till del genom att de bereds möjlighet att allt efter förmåga bidra till sin försörjning genom sådant arbete.

Även när arbetsförmågan gått ned till sådan nivå, att dess betydelse ur produktionssynpunkt är minimal, bör de äldre om de så önskar beredas möjlighet till någon form av *sysselsättningsterapi*. Detta har som konsekvens att den skyddade verksamheten, som närmare diskuterats i denna motions arbetsvårdsavsnitt, måste utbyggas även för här anförda behov, och att arbetsterapeuter bör knytas till den senast berörda grenen av verksamheten med uppgift att besöka de gamla och erbjuda sina tjänster.

Vi anser att en utvidgad försöksverksamhet bör bedrivas med samhällsunderstödd *klubbverksamhet* för åldringar och att man inom denna ram även bör undersöka möjligheterna för gruppsamtal och viss yttlig grupppsykoterapi för att motverka den depression, överflödighetskänsla och isolering, som många av våra äldre plågas av efter ett långt och produktivt liv. Inom ramen för samma verksamhet bör även en viss fysisk funktionsträning kunna bedrivas samt viss rådgivning kunna förekomma i sociala och ekonomiska frågor, diet, hobbyverksamhet etc.

### *Sammanfattning*

I denna motion har anförts målsättning, motiv och medel för en samordning och målmedveten inriktning i den svenska socialpolitiken i mentalhygienisk riktning. Målsättningen är att för hela vårt folk, för alla kategorier och åldrar, skapa tryggare, trivsammare och mera harmoniska livsbetingelser. De medel som står till buds är givetvis begränsade, och det vore verklighetsfrämmande att förneka, att avsevärda svårigheter kommer att möta försöken att med upplysning och undervisning påverka individers och grupper emotionellt förankrade attityder. Så länge forskningen på detta område inte nått längre än den har måste man därför inrikta sig på konkreta etappmål, vilkas uppnående ligger inom synhåll med redan tillgängliga medel och metoder. Detta utgör grunden för de förslag vi nu ställer.

### *Familjebildningen*

Ungefär vart nionde äktenskap i landet — i Stockholm avsevärt flera — går isär med allt vad detta innebär av lidande för makar och barn. Många

barn får växa upp i en atmosfär av kärlekslöshet, kyla eller lynnesutbrott mellan föräldrarna, vilka dock underlåter att skilja sig »för barnens skull». Otrohet och störningar i det sexuella samlivet är vanliga.

För en förbättrad rådgivning i familjefrågor vill vi ange följande riktlinjer.

- 1) *Upplysningsskrifter*, utarbetade av vetenskaplig expertis, distribueras till samtliga familjeenheter i landet, med elementära råd i familje- och uppfostringsfrågor.
- 2) *Familjekunskap* införes som skolämne.
- 3) *Lärarkåren vidareutbildas* i hithörande ämnen och lärarutbildningen kompletteras.
- 4) *Upplysning* och opinionsbildning under ledning av vetenskaplig expertis ökas *via massmedia*.
- 5) *Kurser* anordnas, lämpligen av kommunerna i samarbete med folkbildningsorganisationerna, för ungdomar *före familjebildningen*.
- 6) *Familje- och äktenskapsrådgivningen utbygges*, lämpligen genom kommunala rådgivningsbyråer mot statsbidrag.

#### *Barnuppfostran, barnavård*

Över 10 000 barn föds varje år utom äktenskapet. I ännu fler fall är barnets tillkomst anledningen till att föräldrarna över huvud taget gifter sig. Ett mycket stort antal barn växer upp i splittrade hem. I många fall lämnas barnen som nyckel- eller daghemsbarn utan tillräcklig kontakt med föräldrarna redan under de tidigaste uppväxtåren även där detta icke är nödvändigt av ekonomiska skäl. Många föräldrar saknar de mest elementära kunskaperna i barnpsykologi och moderna uppfostringsmetoder. Till den otrygghet som allt detta skapar bidrar samhället med ett alltför konkurrenskapande värdesystem.

Vi föreslår prövning av följande åtgärder:

- 1) *Upplysningsskrifter* till alla barnfamiljer beträffande barnens normala utveckling i olika åldrar, de vanligaste nervösa störningarna, när och var man skall söka hjälp, samt positiv uppfostringsrådgivning.
- 2) *Upplysning* och opinionsbildning *genom massmedia*, centralt utformad av vetenskaplig expertis.
- 3) *Föredragsverksamhet och rådgivning* i uppfostringsfrågor av socialmedicinska samlagslag (läkare, socialarbetare, lärare, stats- eller frikyrkopräst) inom ramen för socialnämndens och barnavårdsnämndens verksamhet.
- 4) *Rutinmässig hälsokontroll* även av den *psykiska* hälsan inom ramen för barnavårdscentralernas verksamhet.
- 5) *Utbyggnad av den barnpsykiatriska verksamheten*. En barnpsykiatrisk klinik åtminstone vid varje centrallasarett.

### Skolväsendet

Många barn konfronteras redan från födelsen med psykiska stressfaktorer beroende på många föräldrars bristande kompetens som uppfostrare, deras inbördes disharmoni och av kulturmiljön betingade överkrav på barnen, deras villrådighet i fråga om uppfostringsprinciper och skepsis mot olika värdesystem. I detta läge väntar sig stora föräldragrupper hjälp och stöd från pedagogiskt håll, från skolväsendet. I stället har skolan emellertid själv bidragit till att ytterligare öka den psykiska belastningen genom sin roll som renodlad kunskapsförmedlare, i icke ringa utsträckning av ett dött kunskapsstoff, med delvis föräldrade pedagogiska metoder.

De riktlinjer vi föreslår är:

- 1) *En strängare sovring av kunskapsstoffet* ur nytto- och allmänbildnings-synpunkt till förmån för en ökad mentalhygienisk, uppfostrande och karaktärsdanande verksamhet.
- 2) *Mera barn- och ungdomspsykologi* i lärarutbildningen, vidareutbildning i dessa ämnen av lärarkåren.
- 3) *Ökad försöksverksamhet* med ökat utrymme för uppfostran till social och mellanfolklig samlevnad, kulturella intressen och sund personlighetsutveckling.
- 4) *Fler läkare, kuratorer och psykologer* distriktsvis knutna till skolorganisationen för regelbunden psykisk hälsokontroll, tidigdiagnostik och effektiva terapeutiska ingripanden.

### Arbetslivet

Arbetslivet medför för många människor avsevärda, ibland hälsovådliga påfrestningar sammanhängande med tävlingsmomentet, karriärmomentet och kravet på viss prestation under ofta obehagliga yttre förhållanden. Ofta föreligger en dålig överensstämmelse mellan arbetets krav och individens förmåga och behov i olika avseenden. Denna bristande överensstämmelse sammanhänger oftast med bristande omsorg i yrkesvalet och med att rationaliserings- och automationsåtgärder kan medföra belastningar, som vår organism inte är konstruerad att tåla. Detta sistnämnda riskmoment väntas komma att öka ytterligare i en snar framtid.

Följande åtgärder finner vi nödvändiga.

- 1) *Bättre yrkesvägledning och yrkesrådgivning* knuten till skolkurator- och skolpsykologverksamheten.
- 2) *Bättre distribution* av yrkesvägledningens upplysningsmaterial, bättre och utvidgad upplysningsverksamhet genom radio och TV.
- 3) *Fler psykotekniska institut* för mera kvalificerad anlagsprövning.
- 4) *Inrättande av ett statens arbetsvetenskapliga forskningsråd* med uppdrag att främja och samordna den arbetsvetenskapliga psykologiska och fysiologiska forskningen i landet med målet att skapa en gynnsammare

arbetsmiljö för den enskilde arbetaren, med ökad trivsel, bättre funktion och högre produktivitet.

- 5) *En bättre personalvård inom arbetsmarknadens allmänna sektor* med inrättande av fler befattningar för industriläkare, industripsykologer och personalkonsulenter, efterutbildning i personalvård av arbetsledare etc., bättre personalkontakt horisontellt och vertikalt, regelbundna kontroller av de anställdas kroppsliga och psykiska hälsa.
- 6) *En ökad statlig försöksverksamhet* för bättre arbetshygien, såväl psykiskt som fysiskt, och för en bättre personalvård.
- 7) *Bättre information* i arbetshygienens psykiska aspekter och i personalvård till företagare, företagsnämnder och lokala arbetstagsarsammanslutningar.

#### *Den dubbelarbetande kvinnan*

Trots alla diskussioner har de speciella svårigheterna för den dubbelarbetande kvinnan, den förvärvsarbetande modern, icke beaktats i tillräcklig utsträckning och ännu mindre åtgärdats i den omfattning som man har anledning att kräva. Hennes situation är rik på stressfaktorer dels emedan hennes dubbla arbetsuppgift i och för sig är betungande, dels emedan hennes dubbla engagemang vid varje extrabelastning — t. ex. krav på övertidsarbete eller sjukdomsfall bland barnen — måste skapa en känslokonflikt mellan hennes lojalitet mot arbetsgivaren och mot familjen.

Som målsättning bör enligt vår mening gälla:

- 1) Om ekonomiska och andra förhållanden så medger och det inte strider mot moderns önskan, bör *mödrar med barn upp till treårsåldern* helst icke stimuleras att söka sig ut på arbetsmarknaden.
- 2) Om detta av psykologiska eller ekonomiska skäl ändå är nödvändigt eller önskvärt, är *halvtids- eller deltidarbete* en för många godtagbar kompromiss. Fler sådana tjänster för gifta kvinnor bör inrättas.
- 3) *Utbyggnad och utrustning av lekskolor och daghem*, hemsamaritorganisation och hemhjälpcentraler.
- 4) *Ökad rationalisering av hemarbetet med hjälp av hemkonsulenter*, som skall stå till husmödrarnas förfogande med råd och anvisningar, och med en serie *upplysningsskrifter* till alla hushåll skall bidra till att skapa de praktiska förutsättningarna för den förvärvsarbetande modern att orka med denna modifikation av dubbelarbete.
- 5) *Utbyggd yrkesvägledning, utbildning och omskolning* för hemmakvinnor för vilka barnuppfostran icke längre är aktuell.

#### *Psykosomatisk medicin*

Var tredje patient som söker läkare har besvär som helt eller övervägande har psykiska orsaker. Denna stora patientkategori får i ett stort antal fall inte den medicinska vård som tillståndet kräver, dels för att sjukdomar av

denna typ inte tillräckligt beaktas i den medicinska undervisningen, dels för att specialiseringen inom medicinens olika discipliner är så långt driven, att få av specialisterna kan eller vill ta ansvaret för *hela* den sjuka patienten.

Målsättningen på detta område bör vara:

- 1) *Läkarutbildningen kompletteras* i fråga om främst de *psykosomatiska* och *psykoterapeutiska* aspekterna för att göra kommande läkargenerationer bättre skickade att hjälpa dessa patientkategorier.
- 2) *Speciella statsstipendier* för yngre läkare som önskar vidareutbilda sig på dessa områden i utlandet.
- 3) *Ett psykosomatiskt laboratorium och en psykosomatisk poliklinik* inrättas vid något av universitetssjukhusen som en försöksverksamhet, vars resultat omsätts i praktiken med en *successiv utbyggnad* av verksamheten.

### *Medicinsk rehabilitering*

Mellan 10 och 25 procent av alla sjukhuspatienter lider av kroniska sjukdomar eller lyten av sådant slag, att de skulle ha stor nytta av en hjälpinsats med rehabiliterande målsättning, alltså att återställa den högsta möjliga funktionsförmåga — kroppsligt, psykiskt, socialt, ekonomiskt och yrkesmässigt — som är möjlig med hänsyn till handikappet. Närmare tre fjärdedelar av alla socialhjälpfall har sådana handikapp. Tyvärr blir endast en minoritet av alla dessa hjälpbehövande föremål för sådana hjälpåtgärder. Majoriteten förmenas dessa hjälpåtgärder som skulle kunna sätta dem i stånd att åter leva ett relativt normalt liv och göra socialfallen till produktiva skattebetalare.

Vi förordar för en effektivare rehabiliteringsverksamhet:

- 1) *Den medicinska rehabiliteringsverksamheten* organiseras i särskilda rehabiliteringsavdelningar vid varje centrallasarett med utgångspunkt från redan befintliga resurser men med egen överläkare, till att börja med som serviceavdelning, efter hand med egna sängplatser.
- 2) *Rehabiliteringsläkare utbildas* vid statens arbetsklirik i samarbete med karolinska sjukhusets avdelning för fysioterapi och medicinsk rehabilitering, vid skyndsamt anordnade efterutbildningskurser med statliga stipendier.
- 3) *En professur i rehabiliteringsmedicin* knyts till karolinska institutet och förenas med överläkartjänsten vid arbetskliniken, som måste få ökade resurser.
- 4) *Läkarutbildningen kompletteras* med en föreläsningsserie i rehabiliteringsmedicin.
- 5) *Sjukgymnast-, arbetsterapeut-, sjuksköterske- och socionomutbildningen* ses över med hänsyn till behovet av kunskaper i rehabilitering.
- 6) *En landsomfattande inventering av rehabiliteringsbehov och resurser* genomförs.

- 7) *En förbättrad informationsverksamhet till berörda personalkategorier genomförs.*

#### *Arbetsvården*

Trots alla år av diskussioner och utredningar är arbetsvårdsresurserna fortfarande klart otillräckliga. Det innebär att stora grupper handikappade förmenas sin rätt att få sitt arbetshinder snabbt och rättvist bedömt och energiska hjälpåtgärder insatta i så god tid, att arbetsförmågan i största möjliga utsträckning kan räddas, alternativt att vederbörande får den ersättning från socialförsäkringarna, som han är berättigad till. Trots detta har regeringen i årets statsverksproposition inte ansett sig kunna bifalla arbetsmarknadsstyrelsens anslagsäskanden för arbetsvårdsverksamheten.

Vi förordar i fråga om arbetsvården:

- 1) *Bifall till arbetsmarknadsstyrelsens anslagsäskanden* för arbetsvårdsverksamheten, speciellt för utökning av läkarverksamheten och förstärkningen av fältorganisationen.
- 2) *Rationalisering av kontorsrutin och utredningsförfarande och samordning* av socialvårdens, arbetsvårdens, sjukvårdens och sjukhuskuratorernas verksamhet.
- 3) *Bättre samordning mellan sjuk- och arbetsvård* med utvidgad inbördes informationsverksamhet, kontaktmän och centralt samarbetsorgan.
- 4) *Bättre information till allmänheten* om hjälpmöjligheterna för handikappade.
- 5) *Utbyggnad av arbetsvården* enligt arbetsmarknadsstyrelsens arbetsvårdspolitiska program.
- 6) *Centralt samordningsorgan för den skyddade verksamheten*, med rehabiliterings-, driftsteknisk och driftsekonomisk expertis företrädd och med representanter för huvudmännen.
- 7) *Inordnande av nykterhets- och fångvården i rehabiliteringsorganisationen.*

#### *De äldre i samhället*

750 000 personer i vårt land uppbär för närvarande ålderspension. Deras egen organisation har vädjat om ökad rätt för de äldre att få kvarstanna i sina befattningar, som de nu ofta tvingas lämna vid pensioneringen. Men fördomarna mot anställande av äldre arbetskraft går betydligt längre ned i åldersklasserna trots att det kan anses vara klarlagt att den äldre arbetskraften, placerad i för den lämpliga arbetsuppgifter, kan fungera fullt ut lika bra som den yngre.

Vi förordar:

- 1) *Åldersforskningen ges ökade bidrag*, och dess resultat med relevans för arbetslivet ges ökad spridning.
- 2) *Stat och kommun anställer äldre arbetskraft* i större utsträckning.



- 3) *Ökad yrkesrådgivning* och arbetsvårdsverksamhet för denna kategori.
- 4) Efter hand som arbetsförmågan avtar sysselsättning i den *skyddade verksamheten* av äldre arbetskraft.
- 5) *Sysselsättningsterapi, klubbverksamhet, fysisk träning och gruppsamtal* för att vidmakthålla den fysiska och psykiska vitaliteten så länge som möjligt.

Med stöd av vad ovan anförts får vi hemställa,

att riksdagen i enlighet med motionen måtte i skrivelse till Kungl. Maj:t anhålla, att Kungl. Maj:t måtte

- A. beträffande familjebildningen och familjefrågorna pröva åtgärder till förbättrad upplysning och rådgivning genom bl. a. upplysningsskrifter, kurser, massmedia, införande av familjekunskap som skolämne och utbyggnad av rådgivningsbyråverksamheten;
- B. beträffande barnuppfostran och barnavård utreda frågan om åtgärder för
  - 1) förbättrad rådgivning till föräldrarna,
  - 2) genomförande av hälsokontroll inom barnavårdscentralverksamheten av den psykiska hälsan samt för utbyggnad av den barnpsykiatriska verksamheten i övrigt;
- C. beträffande skolväsendet utreda frågan om
  - 1) utvidgning av skolans uppgifter för ungdomsfostran och karaktärsdaning samt härför erforderlig komplettering av lärarutbildningen,
  - 2) ökad anknytning till skolorganisationen av läkare, kuratorer och psykologer för regelbunden psykisk hälsokontroll, tidigdiagnostik och effektiva terapeutiska åtgärder;
- D. beträffande arbetslivet i allmänhet utreda möjligheterna av
  - 1) förbättrad yrkesvägledning och yrkesrådgivning inom ramen för skolkurator- och skolpsykologverksamheten,
  - 2) inrättande av ett statens arbetsvetenskapliga forskningsråd att främja och samordna den arbetsvetenskapliga psykologiska och fysiologiska forskningen,
  - 3) förbättrad personalvård och arbetshygien inom den statliga verksamheten;
- E. beträffande kvinnornas situation i hem- och förvärvsarbete pröva

- 1) åtgärder ägnade att främja utbyggnad och upprustning av lekskole-, daghems- och hemhjälpverksamheten samt förbättring av möjligheterna till rationalisering av hemarbetet,
  - 2) frågan om utbyggnad av yrkesvägledning, utbildning och omskolning för hemmakvinnor, som — när barnuppfostran inte längre är aktuell — vill skaffa sig förvärvsarbete;
- F. beträffande den medicinska undervisningen pröva ökat utrymme för de psykosomatiska aspekterna, inrättande av ett psykosomatiskt laboratorium och poliklinik och övriga åtgärder att främja utvecklingen inom den psykosomatiska medicinen;
- G. beträffande den medicinska rehabiliteringen utreda
- 1) frågan om utbildningen av speciella rehabiliteringsläkare,
  - 2) frågan om åtgärder för en inventering av rehabiliteringsbehovet i landet,
  - 3) frågan om inrättande vid centrallasaretten av rehabiliteringsavdelningar med egna överläkare tills vidare organiserade som öppna serviceavdelningar,
  - 4) frågan om inrättande av professur i rehabiliteringsmedicin vid karolinska institutet förenad med överläkartjänsten vid arbetskliniken;
- H. beträffande arbetsvården  
pröva skyndsamt utbyggnad av arbetsvården enligt arbetsmarknadsstyrelsens arbetsvårdspolitiska program särskilt med avseende på
- 1) förbättrad samordning mellan sjuk- och arbetsvård med utvidgad inbördes informationsverksamhet,
  - 2) inrättande av centralt samordningsorgan för den skyddade verksamheten, med rehabiliterings-, driftsteknisk och driftsekonomisk expertis och representanter för huvudmännen,
  - 3) inordnande av nykterhets- och fångvården i rehabiliteringsorganisationen;
- I. beträffande de äldre i samhället pröva
- 1) möjligheterna av ökat stöd till åldersforskningen,
  - 2) möjligheterna för stat och kommuner att i ökad utsträckning anställa äldre arbetskraft,

- 3) ökad yrkesrådgivning och arbetsvårdsverksamhet för de äldre,
- 4) utvidgning av den skyddade verksamheten och sys-selsättningsterapien för de äldre; samt att riksdagen måtte anvisa för budgetåret 1962/63 i en-lighet med arbetsmarknadsstyrelsens förslag
  - 1) till *Arbetsmarknadsstyrelsen: Avlöningar* (p. 61) ett förslagsanslag av 9 100 000 kronor;
  - 2) till *Arbetsförmedlingen: Avlöningar* (p. 63) ett förslagsanslag av 43 500 000 kronor;
  - 3) till *Vissa sysselsättningspolitiska åtgärder* (p. 66) ett reservationsanslag av 191 500 000 kronor, därav förslagsvis 60 000 000 kronor att avräknas mot auto-mobilskattemedlen;
  - 4) till *Statens arbetsklirik i Stockholm* (p. 68) ett re-servationsanslag av 597 000 kronor;
  - 5) till *Bidrag till anordnande av verkstäder för handi-kappade* (p. 69) ett reservationsanslag av 9 375 000 kronor;
  - 6) till *Bidrag till driften av verkstäder för handikappade* (p. 70) ett förslagsanslag av 4 200 000 kronor; och att även i övrigt i motionen anförda synpunkter och riktlinjer beaktas.

Stockholm den 26 januari 1962

*Gunnar Hedlund*

*S. G. W. Wahlund*

*Nils G. Hansson*

i Skegrie

*Sven Vigelsbo*

*Per Svensson*

*Gustaf Svensson*

i Stenkyrka

i Vä

---