

## Nr 50

*Utlåtande i anledning av motioner om en inventering av rehabiliteringsbehovet, m. m.*

I de likalydande, till allmänna beredningsutskottet hänvisade motionerna I: 127 av herr *Sörenson m. fl.* och II: 137 av herr *Mundebo m. fl.* hemställas att riksdagen i skrivelse till Kungl. Maj:t måtte anhålla

1. att Kungl. Maj:t tar initiativ till en inventering av rehabiliteringsbehovet sådant det i motionerna antydningssvis beskrivits;

2. att Kungl. Maj:t, om denna inventering verifierar den i motionerna framförda tanken om vidgad och effektiviserad rehabiliteringsvård som en billigare och bättre sjukvård, framlägger förslag som befrämjar en dylik utveckling.

Motionärerna framhåller bl. a. att samhällets sjukvårdskostnader kan beräknas mot slutet av 1980-talet utgöra 16 procent av bruttonationalprodukten. Det understrykes vidare att kostnaderna för akutsjukhusen är särskilt höga. Det är nödvändigt att söka motverka kostnadsutvecklingen. En av många vägar att verka för detta syfte är en ökad satsning på rehabiliteringsvården. De halvfriska patienterna borde i mycket större utsträckning än vad nu är fallet överföras till rehabiliteringsavdelningar eller särskilda rehabiliteringssjukhus. Dessa sjukhus borde ligga i anslutning till akutsjukhusen, så att nödvändiga efterkontroller kunde ske vid akutsjukhusen. Detta kräver att rehabiliteringsinriktad personal i tillräcklig omfattning utbildas: läkare, sjuksköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter. Troligen behövs också en psykoterapeutiskt utbildad kurator. En människa som drabbats av en lätt eller svårt invalidiserande sjukdom är i behov inte bara av somatisk hjälp utan också av psykisk. Den tillgängliga personalen tycks inte ha tid till övers för människans inre problem, hennes osäkerhet inför sjukdomsförloppet, hennes rädsla, ibland ångest inför framtiden. Inte bara hennes kropp utan också hennes själ behöver emellertid ofta reorienteras. Exempel på sjukdomar, där rehabiliteringsvård av sådan art kan vara effektiv, är benbrott, hjärtinfarkter och vissa slag av hjärnblödningar.

Genom en dylik satsning på rehabiliteringsvård torde sjukvårdskostnaderna komma att minska framhåller motionärerna vidare. Hösten 1969 var kostnaden per patient och dag på Karolinska sjukhuset cirka 300 kr. Detta sjukhus hyr bäddarna på Röda korsets sjukhus för rehabilitering. På det senare sjukhuset är kostnaden per patient och dag mindre än hälften.

Utskottet har inhämtat yttrande över motionerna från socialstyrelsen, statens handikappråd och Svenska landstingsförbundet.

*Socialstyrelsen* anför följande.

Styrelsen har på olika sätt, bl. a. i sitt principprogram om öppen vård (1968) hävdad principen om lägsta effektiva omhändertagandenivå som riktmärke för sjukvårdens organisation. Hit hör givetvis effektiva rehabiliteringsresurser för såväl slutten som öppen vård samt dagvård. Flera utredningar, Centrala rehabiliteringsberedningen, Socialpolitiska kommittén och Handikappkommittén, har — både mer allmänt och med stöd av olika inventeringar — redovisat behovet av olika rehabiliteringsresurser för att handikappade skall kunna tillvarata sin arbetsförmåga och leva ett så normalt liv som möjligt.

Det finns en relativt omfattande litteratur om olika handikapps utbredning och svårighetsgrad inom olika populationer. På grund av oklarhet kring handikappbegreppets innebörd är det dock svårt att utnyttja det samlade erfarenhetsmaterialet, när det gäller uppskattningen av erforderliga rehabiliteringsresurser. Särskilda behovsundersökningar, som kan tillämpas för hela landet, saknas praktiskt taget helt, vilket bl. a. CRB framhållit.

En mera genomgripande, vetenskapligt upplagd undersökning av rehabiliteringsbehovet pågår sedan 1969 inom Stockholms läns landstingsområde (REBUS). Utredningen är upplagd som ett samarbete mellan socialmedicinska institutionen vid karolinska institutet och ett flertal organ och medicinska institutioner som på olika sätt är engagerade i rehabiliteringsprocessen. Undersökningen berör en population som är representativ för hela landets befolkning och omfattar ingående somatisk och psykiatrisk undersökning samt olika utredningar och laboratorieprov på varje enskild individ, som ingår i undersökningsmaterialet.

På detta sätt avser man att få en uppfattning om antalet personer med behov av medicinsk, social och yrkesinriktad rehabilitering och en uppskattning av vilka resurser som behövs för sådan rehabilitering.

Socialstyrelsen framhåller avslutningsvis att resultatet av den nämnda utredningen kan förväntas ge svar på de i motionerna berörda frågorna och att styrelsen därför inte kan tillstyrka bifall till motionerna.

*Statens handikappråd* anför att man inom den samlade handikapprörelsen sedan många år framhållit vikten av en utbyggd rehabiliteringsvård. Rehabilitering är dock ett begrepp som inrymmer inte bara medicinsk vård utan omfattar samtliga åtgärder för organisation eller reorganisation av tillvaron för den sjuke eller handikappade. Sålunda ingår i rehabiliteringen t. ex. samhällsplanering, bostadsåtgärder, färdtjänst och handikappbilism, tekniska hjälpmedel, arbete-sysselsättning, stöd åt kulturell verksamhet samt stimulerande fritids- och rekreationsverksamhet. Rehabiliteringen byggs ut på alla fronter men enligt nuvarande planer kommer det att ta lång tid innan de personer som redan i dag har ett rehabiliteringsbehov kan få detta tillfredsställt. Som exempel på brister nämns att rehabiliteringskliniker finns endast i 11 landstingsområden respektive städer utanför landsting. Enligt uppgift från MS-förbundet finns vidare för gruppen handikappade med neurologiska skador eller sjukdomar endast fem neurologiska rehabiliteringskliniker för hela landet och ingen enda i Norrland. Då är att märka att enbart de MS-sjuka utgör ca 12 000, varav åtminstone 5 000 behöver en aktiv träning omfattande 4—12 veckor per år. Rehabiliteringen av flerhandikappade, t. ex. dövblinda, blinda med rörelsehinder, utvecklingsstörda med kroppsliga handikapp etc., är mycket illa tillgodosedd. I fråga om de utvecklingsstörda med dubbelhandikapp väntar man sig visserligen

en förbättring, som redan påbörjats sedan landstingen övertagit det väsentliga ansvaret för dessa grupper från staten men det tar synbarligen tid innan dessa förväntningar mera allmänt blir infriade. För de över 600 kända dövblinda finns på De blindas förening en specialkonsulent, i huvudsak finansierad med allmänna medel, men hon hinner inte med mycket mer än att registrera dem, konstatera att många av dem är felplacerade t. ex. på mentalsjukhus, söka upp dem, ge dem litet uppmuntran osv., men systematisk habilitering har bara påbörjats i några få fall. För blindas med rörelsehinder har man knappast ens kommit så långt.

Handikapprådet anför vidare.

De eftersatta behov, som här bara exemplifierats, avser inte bara resurser på specialkliniker utan i hög grad också medicinska, sociala och pedagogiska omsorger i öppna former, som kan tillgodose kraven på integrering och normalisering och dessutom — inte minst vad gäller vård av psykiskt sjuka — verksamt förebygga behov av sluten vård. Många personer, som är föremål för långtidsvård på t. ex. vårdhem eller psykiatriska kliniker, ibland även personer i somatisk långtidsvård, skulle bl. a. genom ADL-träning kunna övergå till mera öppna omsorgsformer eller till ett relativt oberoende liv men personalen har ofta inte tid för sådant arbete. Det ligger i sakens natur att mera öppna omsorgsformer, som minskar trycket på sluten vård och öppnar vägen till normalisering och integrering uppfattas som särskilt tillfredsställande av många handikappade och långtidssjuka. Här sammanfaller sålunda de handikappades intressen i hög grad med samhällets intresse av att begränsa efterfrågan på dyrbar vård.

Av det föregående framgår sålunda, att problemet är mångfasetterat. Den av motionärerna föreslagna inventeringen av rehabiliteringsbehovet hos den grupp som f. n. vårdas på akutsjukhus berör bara en del av detta problem. Det är möjligt att även en sådan delundersökning kan göra nytta, men det är dock så att rehabiliteringsbehovet behöver studeras från fler och vidare utgångspunkter. Då blir det emellertid ännu mer uppenbart, att det inte kan bli fråga om att en gång för alla fastslå vad som är det »totala rehabiliteringsbehovet» utan snarare om att fortlöpande söka kartlägga olika rehabiliterings- och habiliteringsbehov, som är otillräckligt tillgodosedda, och använda en sådan fortlöpande kartläggning såsom grund för en »rullande» planering. Den av motionärerna föreslagna mer begränsade inventeringen kan måhända betraktas såsom ett led i ett sådant kartläggningsarbete, men fråga är om man inte genom en sådan begränsning av inventeringen försummar att rikta uppmärksamheten på andra än medicinska aspekter av problematiken. Till det viktiga i all modern habilitering och rehabilitering hör nämligen att det måste till ett »tvärvetenskapligt» samarbete, som syftar till en integrering av medicinska, sociala, pedagogiska och andra element i arbetet.

Rådet förklarar sig hysa sympatier för motionärernas förslag men ifrågasätter om inte hela inventeringsproblematiken först bör studeras genom exempelvis handikapputredningen.

*Landstingsförbundet* anför i huvudsak följande.

Sedan flera år pågår såväl inom centrala instanser som hos sjukvårdshuvudmännen ett intensivt utrednings- och planeringsarbete i anslutning till den av motionärerna aktualiserade problematiken. Ett uttryck härför är exempelvis principen om vård på lägsta effektiva omhändertagandenivå, vilken också fått uttryck i bl. a. socialstyrelsens principprogram för öppen sjukvård. I detta program har

behandlats möjligheterna att effektivisera den öppna vården i avsikt att avlasta den slutna vårdens resurser. Det av motionärerna efterlysta alternativet till specialiserad akutsjukvård utgör efter- och långtidssjukvården, som alltefter individuella behov är differentierad på olika sätt: långtidsvårdskliniker, sjuk- och konvalescenthem, dagvårdsenheter, hemsjukvård. Inom dessa vårdformer finns resurser för bl. a. sjukgymnastik, rörelse- och arbetsterapi. Den egentliga rehabiliteringsvården, avsedd för de mera komplicerade fallen, sker inom medicinska och neurologiska rehabiliteringsavdelningar, som knappast är mindre kostnadskrävande men behöver andra resurser än akutsjukvården, exempelvis psykologer samt personal för funktionsprövning och arbetsledning.

Under senare år har gjorts en medveten satsning på långtidsvård skild från akutvården, vilket skett genom bl. a. statliga lån till sjukhemsbyggen samt prioriterad tilldelning av läkarkrafter till denna sektor. Avdelningar eller kliniker för avancerad medicinsk och neurologisk rehabilitering finns inrättade vid 11 större sjukhus. Planering för ytterligare utbyggnad sker inom 22 landstingsområden. Denna utbyggnad är dock relativt långsam till följd av dels höga investeringskostnader, dels knapphet på kvalificerad personal, såsom läkare, sjukgymnaster och terapeuter. Tillgång på personal är helt avhängig de resurser staten ställer till förfogande inom utbildningssektorn. Hos flertalet sjukvårdshuvudmän pågår ett intensivt arbete med skapande eller reviderande av sjukvårdsplaner i syfte att erhålla en optimal sjukvårdsorganisation. Det kan i detta sammanhang förtjäna nämnas, att statens och sjukvårdshuvudmännens gemensamma planeringsinstitut, Spri, tillsammans med Östergötlands läns landsting bearbetar en bred fältundersökning av patienter i öppen och slutna vård samt att en större patientundersökning pågår inom Stockholms län för att utröna rehabiliteringsbehovet. Från dessa undersökningar kan man förvänta planeringsunderlag av den typ, motionärerna avser. Inom socialstyrelsen pågår också utrednings- och planeringsarbete för en utbyggnad och omstrukturering av rehabiliteringsverksamheten.

Landstingsförbundet finner med hänvisning till det anförda att åtgärder i motionernas syfte redan vidtagits av sjukvårdshuvudmännen och av socialstyrelsen. Förbundet avstyrker motionerna.

### **Utskottet**

Motionärerna hemställer om en inventering av rehabiliteringsbehovet och om åtgärder som kan föranledas härav. Det betonas särskilt att en mera målmedveten inriktning på rehabiliteringsvård kan avlasta vården vid akutsjukhusen betydande kostnader.

Inom Stockholms län pågår en genomgripande, vetenskapligt upplagd undersökning av rehabiliteringsbehovet. Resultaten av undersökningen anses bli representativa för hela landet. Underlag för planering kan vidare förväntas framkomma genom en fältundersökning beträffande patienter i öppen och slutna vård som nu bearbetas av sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (SPRI) i samverkan med Östergötlands läns landsting. Behovet av resurser för en effektiviserad rehabiliteringsvård uppmärksammas vidare, förutom av sjukvårdens huvudmän, socialstyrelsen och statens handikappråd, av ett antal statliga utredningar —

centrala rehabiliteringsberedningen, socialpolitiska kommittén och handikapputredningen.

Utskottet finner för egen del de av motionärerna upptagna problemen beaktansvärda. Såvitt utskottet kunnat bedöma bör emellertid den på olika håll pågående verksamheten kunna leda till ett sådant klarläggande av rehabiliteringsbehoven som motionärerna efterlyser och som kan ge underlag för den fortsatta utvecklingen av rehabiliteringsvården. Utskottet anser sig därför böra hemställa

att de likalydande motionerna I: 127 och II: 137 inte må föranleda någon riksdagens åtgärd.

Stockholm den 27 oktober 1970

På allmänna beredningsutskottets vägnar:

EINAR LARSSON

---

*Närvarande:*

från första kammaren: herrar Eric Peterson (fp), Axel Kristiansson (cp), Helge Karlsson (s), Kilsmo\* (fp), Karl Gustav Pettersson (s), fröken Stenberg (m), herrar Ernst Olsson\* (cp), Hansson (s), fru Landberg\* (s) och fru Florén-Winther (m);

från andra kammaren: herrar Larsson i Borrby (cp), Nilsson i Bästekille (m), fru Ekroth (s), herrar Johansson i Simrishamn (s), Johansson i Skärstad (cp), Wiklund i Härnösand (s), Andersson i Örebro (fp), fru Fränkel (fp), fru Åsbrink\* (s), herrar Häll (s) och Gadd (s).

\* Ej närvarande vid utlåtandets justering.