

SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDSUTSKOTTETS BETÄNKANDE 8/2002 rd

Statsrådets redogörelse Rehabiliteringsredogörelse 2002

INLEDNING

Remiss

Riksdagen remitterade den 6 mars 2002 statsrådets Rehabiliteringsredogörelse 2002 (SRR 1/2002 rd) till social- och hälsovårdsutskottet för beredning.

Utlåtande

I enlighet med riksdagens beslut har arbetsmarknads- och jämställdhetsutskottet lämnat utlåtande (ApUU 3/2002 rd) om redogörelsen. Utlåtandet ingår som bilaga till detta betänkande.

Sakkunniga

Utskottet har hört

- generalsekreterare Heidi Paatero, Delegationen för rehabiliteringsärenden, även som representant för social- och hälsovårdsministeriet
- överinspektör Pentti Lehmijoki, arbetsministeriet
- utvecklingschef Mirjami Airaksinen och rehabiliteringschef Jouko Waal, Folkpensionsanstalten
- rehabiliteringschef Sirpa Salminen, Kommunernas Pensionsförsäkring
- specialforskare Anna-Mari Aalto och specialforskare Vappu Karjalainen, Forsknings- och utvecklingscentralen för social- och hälsovården
- sjukhusdirektör Michael Eklund, Jakobstads sjukhus
- sakkunniga Sirkka-Liisa Karhunen, Finlands Kommunförbund

- pensionsdirektör Timo Aro, Ömsesidiga Pensionsförsäkringsbolaget Ilmarinen
- rehabiliteringsöverläkare Heikki Hurri, Orton
- chefsöverläkare Rauno Mäkelä, A-klinikstiftelsen
- överläkare Jouni Puumalainen, Rehabiliteringsstiftelsen
- docent Arto Nuutila, Finlands Afasistiftelsen
- ordförande Pekka Laine och serviceföreståndare Sirkka-Liisa Heimonen, Alzheimer-keskusliitto
- överläkare Pirjo Ilanne-Parikka, Diabetesförbundet i Finland
- verksamhetsledare Mikael Lindholm, Förbundet De Utvecklingsstördas Väl FDUV
- servicedirektör Veikko Korpela, Hengitysliitto
- socialchef Tauno Terho och socialsekreterare Terttu Manelius, Invalidförbundet
- rehabiliteringschef Ulla Järvi, Mielenterveyden Keskusliitto
- rehabiliteringsdirektör Teuvo Ruponen och socialsekreterare Jaana Penttilä, De Synskaddes Centralförbund
- socialpolitiska sekreteraren Kaija Kallinen, Finlands Fackförbunds Centralorganisation FFC
- rehabiliteringssamordnare Raija Hukkamäki, Föreningen för mental hälsa i Finland
- verkställande direktör Kaarina Laine-Häikiö, Finlands Reumaförbund
- rehabiliteringschef Ulla-Riitta Penttilä, Finlands Hjärtförbund

- planeringschef Pertti Rauhio, Företagarna i Finland
- ombudsman Tapio Kuikko, Industrins och Arbetsgivarnas Centralförbund TT, även som representant för Servicearbetsgivarna
- jurist Irma Pahlman, Tjänstemannacentralorganisationen FTFC
- verksamhetsledare Pirkko Karjalainen, Centralförbundet för de gamlas väl
- projektchef Oili Harri-Lehtonen, Kuntoutuksen edistämisyhdistys ry
- rehabiliteringschef Risto Rinta-Jouppi, Arbetspensionsförsäkrarna TELA r.f.
- verkställande direktör Jukka Kivekäs, Försäkringsbranschens rehabilitering r.f.
- professor Martti Sorri
- professor Ilkka Vohlonen
- överläkare Lennart von Wendt.

REDOGÖRELSEN

Statsrådet har tidigare lämnat två redogörelser om rehabilitering till riksdagen, 1994 och 1998. I sin skrivelse med anledning av redogörelsen 1998 förutsatte riksdagen att regeringen lämnar en ny redogörelse till riksdagen om rehabilitering inom fyra år och motiverade detta med att

rehabiliteringen har en stor betydelse för samhällsekonomin, pensionspolitiken och hälsovården. I den nya redogörelsen redogör regeringen utifrån den tidigare redogörelsen för vilka problem som uppdagats, vilka insatser som gjorts och för hur riktlinjerna har verkställts.

UTSKOTTETS ÖVERVÄGANDEN

Motivering

Effekterna av rehabilitering

När riksdagen behandlade rehabiliteringsredogörelsen 1998 kom det fram att det behövs mer forskning kring rehabiliteringen och dess effekter (ShUB 37/1998 rd). Social- och hälsovårdsutskottet har i flera sammanhang lyft fram behovet av forskning kring effekterna av rehabilitering. I anknytning till den föreliggande redogörelsen har social- och hälsovårdsministeriet gjort en separat utredning av effekterna. Utredningen är mer omfattande än tidigare utredningar och är en god plattform för debatt om effekterna av rehabiliteringen. Allmänt taget ger rehabiliteringen goda resultat, visar utredningen. Men det finns en del problem med att hitta rätt målgrupper och sätta in insatserna vid rätt tid. Multidisciplinärt samarbete, förankring i omgivning, arbetsplatsen samt rätt målgrupper och insatser i ett tidigt stadium är faktorer som karakteriserar framgångsrik rehabilitering.

Rehabiliteringen ger behållning för både den enskilde och samhället. För den enskilde består behållningen i ökat subjektivt välbefinnande och bättre funktions- och arbetsförmåga. Den samhälleliga nyttan yttrar sig särskilt i större omsorg om människors arbetsförmåga, rehabilitering av gravt funktionshindrade och stopp för utslagning. När det gäller gravt funktionshindrade och utvecklingsstörda syns fördelarna också i att de får bättre möjligheter att klara sig hemma och att delta i arbetslivet.

I redogörelsen framhåller regeringen att det behövs mer forskning i vårt eget land kring effekterna av rehabilitering och att förutsättningarna för mer forskning bör förbättras genom ökad samordning av verksamheten. En rapport från delegationen för rehabiliteringsärenden visar att Folkpensionsanstalten och Penningautomatföreningen är de största finansiärerna av vetenskaplig forskning kring rehabilitering. Folkpensionsanstalten men också en del universitet och rehabiliteringsinstitutioner undersöker effekterna av rehabilitering. Studierna bör koncen-

trera sig på de utforskade områden som kommit fram i översikten över rehabiliteringseffekterna, men också på att testa de metoder som i utländska studier visat sig vara framgångsrika i vårt eget system. Därtill är det angeläget att försäkra sig om att undersökningarna är relevanta och har tillräcklig bredd.

Utskottet håller med regeringen om att det framöver måste utredas mer ingående hur effektiva olika typer av rehabilitering är och vilka befolkningsgrupper de lämpligen bör tillämpas på för att rehabiliteringsanslagen skall användas till nyttig rehabilitering.

Begreppet rehabilitering

Definitionen på rehabilitering är inte entydig och i redogörelsen har regeringen stannat för en mycket omfattande karakterisering för att dagens fakta skall kunna jämföras med uppgifterna i de tidigare redogörelserna. Redogörelsen sträcker sig över ett stort antal samhällsområden och regeringen fokuserar innehållet på ekonomiska och administrativa aspekter. I de totala kostnaderna för rehabilitering inräknas å ena sidan kostnader som inte har något närmare samband med rehabilitering, till exempel transportkostnader i enlighet med lagen om service och stöd på grund av handikapp, å andra sidan viktig service som exempelvis specialundervisning, men regeringen går inte närmare in på dessa i redogörelsen. År 2000 uppgick de totala kostnaderna för rehabilitering till uppskattningsvis 1,2 miljarder euro, varav specialundervisning stod för en sjättedel.

I ljuset av redogörelsen är det när allt kommer omkring inte nödvändigt att lägga fast exakta gränser mellan prevention, vård och rehabilitering, framhåller utskottet. Rehabiliteringen representerar ett så brett spektrum att det inte alltid ens går att lägga fast tydliga gränser.

Redogörelsen lyfter fram rehabilitering som socialpolitisk intervention i syfte att främja sysselsättningen. Rätt avvägd rehabilitering spelar en stor roll för möjligheterna att hålla antalet sysselsatta på en tillräckligt hög nivå i förhållande till antalet arbetslösa, när de stora åldersgrupperna blir gamla. Det är uppenbart att rehabilite-

ring ger ekonomiska vinster i och med att människors behov av andra social- och hälsovårdstjänster minskar. Med avseende på jämlikheten i samhället och hälsovårdspolitiken är det enligt utskottet dock viktigt att också de som står utanför arbetslivet, till exempel långtidssjuka, funktionshindrade och gamla, har rätt att få rehabilitering för att kunna behålla sin funktionsförmåga.

Behovet av rehabilitering

Det ställs stora kvantitativa krav på rehabiliteringen när den arbetande befolkningen blir äldre och de gamla utgör en allt större del av den totala befolkningen. Dessutom är det uppenbart att spektret av bakomliggande sjukdomsorsaker gradvis förskjuts. En stor del av den upplevda funktionsnedsättningen och utslagningen hänger samman med olika typer av psykosociala tillstånd och psykosomatiska sjukdomar. De senaste decennierna har de gamla folksjukdomarna, tuberkulos och andra infektionssjukdomar, minskat. Hjärt- och cirkulationssjukdomar debuterar i allt högre åldrar. Även om personer med sjukdomar i rörelseorganen är den största rehabiliteringsgruppen om man ser till grupper av sjukdomar, är olika typer av utbrändhets-, smärt- och depressionssyndrom den största utmaningen just nu för rehabiliteringen, men också för vår hälso- och sjukvård över lag samt för arbetslivet.

Psykiska störningar har blivit en allt vanligare orsak till invaliditet. Den främsta orsaken till att allt fler låter pensionera sig är att de lider av mer eller mindre uttalade depressions- och utbrändhetssymtom. Att döma av uppgifterna i redogörelsen kommer efterfrågan på mentalvård att öka kraftigt framöver. Primärvården har begränsade möjligheter att möta en ökad efterfrågan på vård och behandling. Utbudet kommer i vilket fall som helst att vara otillräckligt i relation till efterfrågan, även om den tredje sektorn, framför allt patientorganisationerna, kan tillhandahålla ett större utbud på rehabilitering. Dessutom är utbudet på rehabilitering ojämnt fördelat över landet. På vissa orter och i vissa regioner finns det inte ens basal rehabilitering, än mindre kontinuitet och obrutna servicekedjor.

Redogörelsen ger kanske en alltför positiv bild av tillgången till rehabilitering, påpekar utskottet. Det är inte alltid de behövande får rehabilitering även om de har ett faktiskt behov. Vid behovsprövningen är det viktigt att målmedvetet ta hänsyn till klientens upplevda behov.

Rehabiliteringsbehovet kan i hög grad påverkas med preventiva insatser och tidigt insatt rehabilitering. När det drar ut på tiden med rehabiliteringen minskar också rehabiliteringsmöjligheterna. Inte minst den yrkesinriktade rehabiliteringen bör sättas in tillräckligt tidigt för att den som får rehabilitering i första hand skall vara inriktad på att återvända till arbetslivet och inte sikta in sig på pensionering. Rehabiliteringsbehovet kan förebyggas väsentligt, om det går att påverka människors livsstil, till exempel kost- och motionsvanor, alkoholkonsumtion och rökning.

Klientens ställning

Redan i rehabiliteringsredogörelsen från 1998 påpekade regeringen att ett mångförgrenat rehabiliteringssystem kräver friktionsfritt samarbete mellan olika instanser för att kunna fungera. Social- och hälsovårdsutskottet omfattade statsrådets synpunkter på möjligheterna att ge klienterna större inflytande och ansvar för situationen. Utskottet anser att systemet bör förbättras för att de som behöver rehabilitering kan få adekvat information om sina möjligheter att få rehabilitering, vilka alternativ som står till buds och om sociala förmåner under rehabiliteringstiden.

Samarbetsgrupperna för kundtjänst inom rehabiliteringsområdet har mycket olika rutiner i olika delar av landet och klienten själv spelar fortfarande en mycket liten roll i planeringen av rehabiliteringen. Om rehabiliteringen skall ge resultat måste klienten själv vara engagerad. Klienten kan inte uppbringa så stort engagemang om han eller hon inte får vara med och bestämma om valet av rehabiliteringsform och om rehabiliteringsbehovet utvärderas utan att klienten får säga sitt. I den planerade lagen om samarbete med klienten inom rehabilitering är det viktigt att anpassa klientens ställning och rättigheter till principerna i lagen om klientens ställning och

rättigheter inom socialvården och lagen om patientens ställning och rättigheter. Samarbetsgrupperna bör få en starkare roll när det gäller att planera och främja rehabilitering och att handlägga principiellt viktiga frågor inom kundtjänsten. Alla samarbetsparter bör uppbringa stort engagemang för arbetet för att samarbetsgrupperna skall kunna arbeta effektivt.

Rehabilitering för äldre

Den stora utmaningen på 2000-talet för de rehabiliteringsansvariga är att dels tillhandahålla adekvat rehabiliteringsservice för den ökande äldrebefolkningen för att bevara dess funktionsförmåga, dels att utöka verksamhetsmöjligheterna. Det är de äldre själva som i första hand ansvarar för att bevara sin funktionsförmåga. Där emot är det den kommunala social- och hälsovården som i första hand har och också i framtiden kommer att ha ansvar för att tillhandahålla rehabilitering för äldre och främja rehabilitering på egen hand bland äldrebefolkningen. Än så länge är resurserna för rehabilitering knappt tilltagna. När de stora åldersklasserna blir pensionerade kommer den geriatriska rehabiliteringen att få allt större betydelse. För närvarande har personer över 65 år mycket små möjligheter att få aktiv och framför allt förebyggande rehabilitering. Den rehabilitering som tillhandahålls av företagshälsovården och Folkpensionsanstalten tar slut när rehabiliteringsbehovet ökar.

Rehabiliteringen bör särskilt inriktas på att gamla människor skall behålla sin rörelse- och funktionsförmåga så länge som möjligt, att de skall klara sig på egen hand och att äldrebefolkningen får service i sitt hem som kompletterar rehabiliteringen. De äldres möjligheter att klara sig hemma längre kan främjas genom diversifierad rehabilitering, samordnad öppen och sluten vård samt vägledning och rådgivning i egenvård, hälsofrämjande aktiviteter och insatser för att behålla rörelse- och funktionsförmågan. Det behövs mer information om motionens betydelse samtidigt som kommunala idrottsaktiviteter mer bör inriktas på den äldre befolkningen. Rehabilitering i grupp är ett bra sätt att tillgodose sociala och psykologiska behov och förbättra

livskvaliteten för människor som inte längre är i arbetslivet.

När befolkningen åldras blir det fler som får syn- och hörselskador eftersom denna typ av skador ökar kraftigt i de äldre åldersgrupperna. Uppskattningarna av ökningen i antalet syn- och hörselskadade visar att vårt nuvarande rehabiliteringssystem inte lyckas tillgodose behoven bland äldre syn- och hörselskadade. Verksamheten räcker inte till ens för att tillgodose det nuvarande behovet av rehabilitering. Merparten av syn- eller hörselskadade äldre människor går miste om rehabilitering när resurserna inom den kommunala social- och hälsovården inte räcker till och Folkpensionsanstalten drar in på sin verksamhet.

Rehabiliteringen av gravt handikappade ingår till största delen i Folkpensionsanstaltens ansvarsområde. Rätten till rehabilitering ordnad av Folkpensionsanstalten upphör när en gravt handikappad fyller 65 år. Därefter har det kommunala hälsovårdsväsendet hand om rehabiliteringen. För de flesta gravt handikappade betyder detta antingen att rehabiliteringen tar slut eller att rehabiliteringen minskar. När de handikappade inte får rehabilitering finns det risk för att skadorna ackumulerar och att deras behov av slutenvård ökar.

I betänkandet om den förra rehabiliteringsredogörelsen framhöll social- och hälsovårdsutskottet att det är nödvändigt att effektivisera rehabiliteringen för personer över 65 år, särskilt för gravt handikappade. Utskottet menar att möjligheterna att se över lagen om rehabilitering som ordnas av Folkpensionsanstalten bör utredas för att gravt handikappade personer över 65 år skall ha rätt att få rehabilitering också genom andra mekanismer än som ett led i Folkpensionsanstaltens behovsprövade medicinska rehabilitering. Utskottet föreslår ett uttalande om detta (*Utskottets förslag till uttalande 1*).

När befolkningen blir äldre blir vissa sjukdomsgrupper vanligare. Alzheimers sjukdom och andra demenssjukdomar, liksom också flera cancersjukdomar ökar när befolkningen blir äldre. När de stora åldersklasserna kommer upp i den ålder där kranskärslsjukdom förekommer

ökar dels sjukdomsförekomsten, dels behovet av by-passoperationer och ballongvidgningar. Också diabetikerna och strokepatienterna blir fler. Med hjälp av effektiv rehabilitering kan det säkerställas att resultaten av dyra ingrepp och dyr akutvård håller i sig längre i många fall av dessa sjukdomar. Till exempel vid kranskärslsjukdom kan man påverka de största riskfaktorerna med hjälp av god eftervård och rehabilitering. När det inte finns organiserad eftervård och patientvägledning inom primärvården måste dyra behandlingar upprepas. Av kostnaderna för till exempel patienter med hjärtinfarkt står rehabilitering och patientundervisning för bara 1,6 procent av de samlade vårdkostnaderna. Om rehabiliteringen får stå för en större andel, kan vi i betydande grad minska risken för nya kostnader på grund av obehandlade riskfaktorer och ohälsosam livsstil.

I ansträngningarna för att förbättra patienternas funktionsförmåga är det viktigt att satsa på allsidig rehabilitering, anpassning, vägledning och rådgivning. Psykosocial rehabilitering är fortfarande ett ganska okänt begrepp inom sjukvården, särskilt inom vården av långtidssjuka. Vid de flesta sjukdomar är det viktigt att både patienten och de närstående får ett övergripande stöd ända från sjukdomsdebuten. Anpassningsträning och närståendegrupper är arbetsformer som hjälper patienterna att bo kvar hemma och undvika slutenvård. Vid rehabilitering i grupp får klienterna professionellt stöd men också kamratstöd. Med de nuvarande resurserna för rehabilitering inom hälso- och sjukvården går det inte att tillhandahålla anpassningsträning och rehabilitering på lika villkor. Men det är viktigt att rehabilitering och annat psykiskt, fysiskt och socialt stöd för att patienterna och deras närstående skall klara sig som en integrerad del av sjukvården.

Det händer att rehabiliteringen drar ut på tiden efter akutvård eller uteblir helt och hållet på grund av att informationsutbytet eller samarbetet mellan den specialiserade sjukvården och primärvården fungerar dåligt. Samma problem med att bevara funktionsförmågan har patienterna när de väntar på att komma under vård eller deras

möjligheter att få rehabilitering utreds. Väsentligen bör också användas till att främja patientens funktionsförmåga och ge honom eller henne handledning eller stöd i att klara sig på egen hand. Det bör satsas mer på att skapa friktionsfria kedjor mellan vården och rehabiliteringen. Detta kan göras med hjälp av bättre arbetsmetoder och rutiner inom vården. Modeller för vägledning i social service bör integreras i kommunernas serviceverksamhet. Rehabilitering måste spela en viktig roll i de kommande riktlinjerna för god medicinsk praxis. Utskottet föreslår ett uttalande om detta (*Utskottets förslag till uttalande 2*).

Utbildning

Redogörelsen har åter en gång aktualiserat det faktum att kunskaper i rehabilitering utgör en så liten del av utbildningen för hälso- och sjukvårdspersonal. I till exempel utbildningen för närvårdare ingår numera större kunskapsblock i rehabilitering, men det behövs mer undervisning i rehabilitering i de medicinska utbildningsprogrammen. Dessutom bör rehabilitering vara ett moment i alla fortbildningsprogram. Alla aktörer inom primärvården bör få utbildning i rehabilitering. Särskilt viktigt är det att läkarna får mer kunskap i rehabiliteringsfrågor, eftersom det ofta hänger på läkarnas inställning om rehabiliteringsprocessen kan starta eller inte. Kunskapen om rehabilitering dominerar fortfarande i hög grad av fysikalisk rehabilitering och det finns mycket lite kunskap om de anhörigas och omgivningens betydelse för goda resultat av rehabiliteringen. När öppenvården byggs ut får det inte glömmas bort att hemtjänstpersonalen måste få mer utbildning i rehabilitering. Den kan dessutom spela en viktig roll när rehabiliteringen genomförs.

Tillgången till hjälpmedel

I samband med den förra rehabiliteringsredogörelsen påpekade utskottet att det finns en del problem med tillgången till, finansieringen av och det finansiella ansvaret för hjälpmedel och att problemen bör kunna lösas. Hjälpmedel underlättar i hög grad livet för många handikappade

och sjuka. Många är direkt beroende av hjälpmedel för att klara av sin vardag. Tillgången till hjälpmedel står således i direkt relation till de funktionshindrades livskvalitet. De negativa konsekvenserna av till exempel syn- och hörsel-skador och nedsatt hörsel kan dämpas med relevanta hjälpmedel. Det behövs större satsningar på nya avancerade tekniska hjälpmedel men också på ledarhundar, för att funktionshindrade skall ha bättre möjligheter att kommunicera och röra sig.

Det finns stora brister i tillgången till hjälpmedel och detta beror på otillräckliga anslag, visar de nyaste utredningarna. Men det finns också andra problem, till exempel för liten personal och personalens kompetensnivå, otydlig arbetsfördelning mellan hälsovårdscentraler, central-sjukhus och försäkringsbolag och oklarheter beträffande utdelningen av hjälpmedel. Det finns stora skillnader i tillgången till hjälpmedel beroende på klienternas bostadsort och rehabiliteringsgrupp. Utskottet ser gärna att det utarbetas kvalitetsrekommendationer för hjälpmedelsservicen för att rikstäckande riktlinjer för samordnad hjälpmedelsservice skall kunna läggas upp.

Rehabilitering av personer i arbetsför ålder

Det är viktigt att den förvärvsaktiva befolkningen får rehabilitering och hjälp med att bevara sin arbetsförmåga. Bara på så sätt kan de förvärvsaktivas arbetshälsa främjas och förtida pensionering förhindras. Av redogörelsen framgår det att ett av de viktigaste målen för regeringspolitiken är att senarelägga den genomsnittliga pensionsåldern med 2—3 år. Rehabilitering av personer i arbetsför ålder tjänar inte bara systemets syften, dvs. att arbetskraften skall räcka till, utan den kan också generera välbefinnande för den enskilde. I sitt utlåtande behandlar arbetsmarknads- och jämställdhetsutskottet flera olika aspekter på rehabilitering av personer i arbetsför ålder, hälsofrämjande på arbetsplatsen och arbetspensionsanstaltens ansvar för rehabilitering. Vad beträffar dessa frågor hänvisar social- och hälsovårdsutskottet till utlåtandet från arbetsmarknads- och jämställdhetsutskottet.

Arbetsmarknads- och jämställdhetsutskottet lyfter särskilt fram att preventiva åtgärder, förhållandena på arbetsplatsen, organiseringen av arbetet och ledarskapet spelar en viktig roll för arbetshälsan. Vidare understryker utskottet att företagshälsovården intar en framträdande roll när det gäller att bevara de anställdas arbetsförmåga och på ett tidigt stadium upptäcka risker för arbetsoförmåga. Den nya lagen om företagshälsovård understryker vikten av samordnade insatser på arbetsplatserna för att främja personalens hälsa och förebygga arbetsoförmåga. Social- och hälsovårdsutskottet menar att arbetslivet behöver rehabilitering på arbetsplatsen eftersom det beror på hela arbetsplatsen, inte bara på den enskilde arbetstagaren, hur de anställda orkar och klarar av sitt arbete.

Social- och hälsovårdsutskottet håller med arbetsmarknads- och jämställdhetsutskottet om vikten av att företagare och personer med eget arbete får bättre företagshälsovård, arbetarskydd och rehabilitering. Hälsofrämjande på arbetsplatsen bör byggas ut med utgångspunkt i företagarnas behov och önskemål och med hänsyn till särdragen i deras arbetsförhållanden.

När det gäller rehabilitering av arbetslösa framhåller arbetsmarknads- och jämställdhetsutskottet följande: "Långtidsarbetslösa är mer sjuka än den övriga befolkningen, visar studier. Vid sjukdom har arbetslösa rätt att få primärvård och specialiserad sjukvård. Däremot omfattas de inte av företagshälsovården, som tillhandahåller hälsofrämjande verksamhet i syfte att upprätthålla konditionen och arbetsförmågan. Men för att kunna behålla sin arbetsförmåga och möjligheter att få arbete måste långtidsarbetslösa ha tillgång till samma typ av hälsofrämjande och preventiva verksamhet i syfte att upprätthålla arbetsförmågan som företagshälsovården tillhandahåller för anställda. Hit hör till exempel hälsokontroller, hänvisning till vård och rehabilitering samt hälso- och konditionsfrämjande verksamhet." Social- och hälsovårdsutskottet håller med om att det snabbt måste fås fram instrument för att ordna med företagshälsovård för arbetslösa för att de skall kunna behålla sin arbetsförmåga under arbetslöshetstiden.

På senare år har det gjorts en del lagändringar för att förbättra funktionshindrades möjligheter att få arbete. Om funktionshindrade får rehabilitering förbättras deras möjligheter att få arbete samtidigt som livskvaliteten ökar. Men bristen på stödinsatser försämrar fortfarande många funktionshindrades och handikappades möjligheter att komma ut i arbetslivet. Sysselsättningsläget för funktionshindrade kan ändras avsevärt, om de funktionshindrade får anpassa sig till arbetslivet och arbetslivet till dem i närvaro av en personlig assistent. Det är fortfarande viktigt att sätta in stödinsatser för att förbättra de funktionshindrades förutsättningar att komma ut i arbetslivet.

Inkomsttryggheten för personer i arbetsför ålder är fortfarande bristfällig vid rehabilitering. I sitt betänkande om den tidigare rehabiliteringsredogörelsen påpekade social- och hälsovårdsutskottet vikten av att klienterna har tryggad försörjning under rehabiliteringstiden för att de inte skall ge upp rehabiliteringen på grundval av penningbrist. Det brister extra mycket i inkomsttryggheten i skarven mellan tidpunkten då rehabiliteringsbehovet slås fast och rehabiliteringsmöjligheterna utreds. Det drar ofta ut på tiden innan beslutet fattas och klienten får ingen rehabiliteringspenning för väntetiden. På denna punkt är det skäl att förbättra lagstiftningen.

Det är enligt utskottet viktigt att ta fram modeller för samordning av rehabilitering och arbete. Modellerna bör bättre vara anpassade för att klienten på grund av en lång sjukskrivning inte förlorar kontakten med sin arbetsplats och sitt arbete. Modellerna kan hjälpa framför allt psykiatriska patienter att återvända till arbetslivet.

Administration och finansiering av rehabiliteringen

Det blir allt svårare att gestalta hela spektret av rehabilitering både för beslutsfattarna och klienterna själva, framhåller regeringen i redogörelsen. Lagstiftningen kring rehabilitering är splittrad, servicen är utspridd på många olika aktörer, också finansieringen är mångförgrenad. Det finns en hel del brister i ansvarsfördelningen mellan de rehabiliteringsgivande organisationer-

na, vilket bromsar och försvårar människors möjligheter att få rehabilitering. När ansvarsfördelningen är otydlig är det lätt hänt att ingen håller i trådarna när det gäller målen med rehabiliteringsinsatserna, rätt fördelning av insatserna och kostnadseffekterna. Utskottet håller med regeringen om att det är svårt att gestalta helheten inom rehabiliteringen. Men redogörelsen går inte närmare in på behovet att samordna administrationen och finansieringen.

Det måste göras något åt den splittrade administrationen och det bristande samarbetet mellan aktörerna, påpekar utskottet. Det är angeläget att förtydliga och precisera vem som har ansvaret för att styra rehabiliteringsprocessen. Dessutom behövs det samordnad forskning kring rehabilitering och dess effekter. Rehabiliteringsforskningen kunde lämpligen inordnas i forskning som stöds av Finlands Akademi, till exempel genom ett fristående forskningsprogram för rehabiliteringsområdet. Utskottet föreslår ett uttalande om detta (*Utskottets förslag till uttalande 3*).

Riktlinjer för utveckling av rehabiliteringen

Utskottet ställer sig bakom de föreslagna riktlinjerna för utveckling av rehabiliteringen. Dessutom vill utskottet särskilt lyfta fram följande punkter:

- ett betydligt tillskott i rehabiliteringen för äldre
- större ansvar för aktörer inom arbetslivet och framför allt på arbetsplatserna för att satsa på hälsofrämjande insatser, också genom förbättrade arbetsförhållanden
- bättre villkor för klienterna och mer samarbete med klienterna
- utvärdering av effekterna och användningen av resurserna
- större resurser för rehabilitering för missbrukare och personer med psykiska problem, men också för effektivare prevention när det gäller barn och unga.

Veteranerna blir allt äldre och färre. I detta läge bör rehabiliteringen för dem byggas ut och anslag också längre fram avsättas för denna typ av rehabilitering. Dessutom vill social- och hälsovårdsutskottet understryka vikten av att långtidsarbetslösa får både hälso- och sjukvård och rehabilitering. Vidare påpekar utskottet att de problem och utvecklingsbehov som lades fram redan i redogörelsen från 1998 kommer att utredas och granskas mer systematiskt. För att de riktlinjer som föreslås i redogörelsen skall kunna genomföras måste dels lagstiftningen ändras, dels större ekonomiska satsningar göras.

Redogörelsen nämner flera försök med rehabilitering. Försöken har gett många goda erfarenheter men när projekten slutförts har nästan ingen konkret verksamhet blivit kvar. Långsiktig offentlig service kan inte ersättas med projektverksamhet, påpekar utskottet. Den kommunala social- och hälsovården är den viktigaste aktören för rehabilitering av handikappade, långtidssjuka och äldre. Därför bör den kommunala servicen utvecklas och förbättras målmedvetet.

Vid behandlingen av redogörelsen från 1998 ansåg utskottet det viktigt att regeringen lämnar en ny rehabiliteringsredogörelse till riksdagen senast inom fyra år. Den nya redogörelsen ger en god bild av nuläget. Utvecklingen inom rehabiliteringsområdet måste följas upp framöver och rapporteras till riksdagen. Det är viktigt att de utvecklingsbehov som uppdagas vid uppföljningen omsätts i praktiken.

Förslag till beslut

På grundval av det ovanstående föreslår social- och hälsovårdsutskottet

att riksdagen beslutar sända detta betänkande till statsrådet för kännedom och nödvändiga åtgärder och

att tre uttalanden godkänns (Utskottets förslag till uttalande).

Utskottets förslag till uttalanden

1. *Riksdagen förutsätter att regeringen utreder möjligheterna att integrera gravt handikappade över 65 år i Folkpensionsanstaltens lagfästa medicinska rehabilitering.*
2. *Riksdagen förutsätter att regeringen ser till att rehabilitering klart och tydligt tas med som ett moment i samordningen av vårdpraxis och riktlinjerna för god medicinsk praxis, när de utarbetas som ett led i det nationella hälso- och sjukvårdsprojektet.*
3. *Riksdagen förutsätter att regeringen vidtar åtgärder för att rehabiliteringsverksamheten och finansieringen av den skall samordnas bättre och ansvarsfördelningen förtydligas.*

Helsingfors den 23 april 2002

I den avgörande behandlingen deltog

ordf. Marjatta Vehkaoja /sd (delvis)
vordf. Timo Ihamäki /saml (delvis)
medl. Eero Akaan-Penttilä /saml (delvis)
Merikukka Forsius /gröna
Tuula Haatainen /sd (delvis)
Inkeri Kerola /cent
Niilo Keränen /cent
Valto Koski /sd
Marjaana Koskinen /sd

Pehr Löf /sv
Juha Rehula /cent
Päivi Räsänen /kd
Sari Sarkomaa /saml (delvis)
Arto Seppälä /sd (delvis)
Marjatta Stenius-Kaukonen /vänt
(delvis)
Raija Vahasalo /saml (delvis)
Jaana Ylä-Mononen /cent.

Sekreterare var

utskottsråd Eila Mäkipää.

ShUB 8/2002 rd — SRR 1/2002 rd