

SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDSUTSKOTTETS BETÄNKANDE 37/1998 rd

Statsrådets redogörelse om rehabiliteringen

INLEDNING

Remiss

Riksdagen remitterade den 7 oktober 1998 statsrådets redogörelse om rehabiliteringen (SRR 1/1998 rd) till social- och hälsovårdsutskottet för beredning.

Sakkunniga

Utskottet har hört

- äldre regeringssekreterare Anja Kairisalo och överinspektör Heidi Paatero, social- och hälsovårdsministeriet
- konsultative tjänstemannen Timo Haukilahti, undervisningsministeriet
- överinspektör Kari Jusi, arbetsministeriet
- specialforskare Vappu Karjalainen, Forsknings- och utvecklingscentralen för social- och hälsovården
- direktör Matti Puhakka, rehabiliteringschef Jouko Waal och utvecklingschef Mirjami Airaksinen, Folkpensionsanstalten
- direktör Juhani Pietilä, Folkpensionsanstaltens rehabiliteringsserviceenhet
- sakkunniga Sirkka-Liisa Karhunen, Finlands Kommunförbund
- socialpolitiska sekreteraren Kaija Kallinen, Finlands Fackförbunds Centralorganisation FFC
- sakkunnigläkare Kari Kaukinen, Industrins och Arbetsgivarnas Centralförbund TT
- sakkunnigläkare Riitta Työläjärvi, Tjänstemannacentralorganisationen FTFC
- avdelningschef Mikko Pellinen, Pensions-skyddscentralen
- ledande överläkare Tapani Kallaranta, Uleåborgs universitetscentralsjukhus
- verkställande direktör Jukka Kivekäs, Försäkringsbranschens rehabiliteringscentral
- rehabiliteringschef Risto Rinta-Jouppi, Arbetspensionsanstalternas Förbund
- rehabiliteringsöverläkare Heikki Hurri, Invalidstiftelsen
- forskningsdirektör Aila Järvikoski, Rehabiliteringsstiftelsen
- socialsekreterare Terttu Manelius och socialchef Tauno Terho, Invalidförbundet r.f.
- projektchef Hilikka Mattila, Lungskadeförbundet r.f.
- verkställande direktör Kaarina Laine-Häikiö, Reumaförbundet i Finland
- rehabiliteringsdirektör Teuvo Ruponen och avdelningschef Mikko Räsänen, De Synskadades Centralförbund
- ombudsman Helena Hiila, Förbundet Utvecklingshämning
- planerare Jukka Kaukola, Kehitysvammaisten Tukiliitto ry
- projektledare Raija Hukkamäki, Föreningen för Mental hälsa i Finland
- rehabiliteringschef Ulla Ylikotila, Mielenterveyden Keskusliitto ry
- ombudsman Kristiina Norrlin, Förbundet Hörselskadade r.f.

- generalsekreterare Jouko Vasama, Social- och Hälsovårdsorganisationernas Samarbetsför-
ening SAF r.f.
- projektchef Sirkku Suvikorpi, Kuntoutuksen
edistämisyhdistys
- socialarbetare Raimo Kinnunen, Socialcen-
tralen i Åbo
- ledande läkare Stig-Erik Björkqvist, Kärnkulla
centralanstalt
- ledande överläkare Tapani Lyyra, Punkahar-
jun Kuntoutussairaala
- direktör Eija Kokkola, Kuntoutusyhdistymä/
Hälsobad Ruissalo
- direktör Juha Laikari, Kuntoutuskoti Tauko-
kangas.

UTSKOTTETS STÄLLNINGSTAGANDEN

Motivering

Rehabiliteringen och den förebyggande verksamheten i anknytning till den, insatserna för att upprätthålla arbets- och funktionsförmågan och annan verksamhet för att främja den fysiska, psykiska och sociala välfärden och upprätthålla den har en viktig finansiell och samhällsekonomisk betydelse men är också relevanta för pensionspolitiken samt hälso- och sjukvården. Utöver de samhälleliga konsekvenserna har rehabiliteringen mycket stor betydelse för klienten själv. Den ökar välbefinnandet, framhäver människovärdet, skapar förutsättningar att hantera livet och ger ofta också en möjlighet till engagemang i arbetslivet och därigenom till utkomst. Rehabiliteringen är en investering i framtiden, och inte enbart eller ens primärt en utgiftspost.

I rehabiliteringen är det av väsentlig vikt att jämlikhet iakttas såväl i servicen som i försörjningen under rehabiliteringen samt att rehabiliteringen är effektiv och ger resultat med avseende på de mål som ställts upp för varje klients rehabilitering. Jämlikheten förutsätter också att de språkliga förhållandena beaktas och att tjänster, utbildning och vägledning finns tillgängliga på de inhemska språken. Enligt erhållen utredning är också de regionala och kommunvisa skillnaderna stora både när det gäller inslussning av folk i rehabiliteringssystemet och beviljande av utkomstskydd under rehabiliteringen. Därför bör större uppmärksamhet fästas vid utbildning, vägledning och tillsyn.

Klientens ställning och påverkningsmöjligheter

Social- och hälsovårdsutskottet omfattar synpunkterna i statsrådets redogörelse att klienterna skall ges större möjligheter att delta i och ta ansvar för rehabiliteringen. Att förbättra en individs faktiska möjligheter när det gäller att få information och att utreda rehabiliteringsbehovet samt att delta i planeringen av rehabiliteringen är åtgärder som ökar motivationen och skapar förutsättningar för ett resultatrik rehabilitering. Därtill bör det skapas ett system speciellt för dem som är svårast att rehabilitera och dem som tvingas anlita flera olika rehabiliteringsgivare. Genom systemet får personen i fråga information om rehabilitering och stöd för sin rehabilitering. Detta är speciellt viktigt för rehabiliteringen av barn. Deras livssituation kan förändras snabbt till följd av yttre orsaker, till exempel dagvård, allmänbildande och yrkesinriktad utbildning och av rehabilitering som anknyter till dem. I synnerhet i sådana situationer accentueras det nödvändiga i att klienten och hans/hennes anhöriga och närmaste får information och stöd.

Klientens eget ansvar förutsätter att klienten ges råd och information om de faktorer som inverkar på rehabiliteringen eller förebygger rehabiliteringsbehovet men att råden och informationen också sprids på ett mer allmänt plan. I det här avseendet är flera faktorer i anknytning till livsstil viktiga, såsom matvanor, motion, bruk av berusningsmedel och rökning. Det är också viktigt att försöka påverka den allmänna atmosfären och inställningen till rehabilitering.

Tillhandahållande av rehabilitering

Det finns ett stort antal rehabiliteringsgivare och det är viktigt att utveckla samarbetet mellan dem. Även om den nuvarande lagstiftningen skapar goda förutsättningar för ett flexibelt samarbete, kan klienten stå så att säga som förlorare när de olika systemen ur sin egen synvinkel betraktar klientens behov av rehabilitering. Samarbetet skall i första hand gå ut på att reda ut rehabiliteringsmålen för den berörde i förhållande till samsättningsmöjligheterna, upprätthållandet och förbättrandet av arbetsförmågan, sjukdomen och eftervården samt på basis av detta slå fast arbetsfördelningen och finansieringen till exempel mellan den kommunala hälso- och sjukvården, Folkpensionsanstalten, arbetspensionssystemet, Arbetskraftsmyndigheterna, utbildningsanordnare, producenter av rehabiliteringstjänster och andra rehabiliteringsgivare samt övriga instanser som påverkar klientens livssituation. Klienten och ambitionen att förbättra dennes ställning bör vara utgångspunkten för verksamheten.

När det blir aktuellt med rehabilitering är det också viktigt att man redan från början vidtar tillräckliga åtgärder för att utreda behovet av vård och rehabilitering för att rehabiliteringen skall kunna inledas i tid. Klienten kan i tur och ordning omfattas av olika rehabiliteringssystem och då bör man se till att klienten får tillräckligt med råd och hjälp när anordnare eller finansär byts eller när klienten slussas in i det rehabiliteringssystem som han/hon i första hand hör till. Systemet bör fungera så att rehabiliteringskedjan inte bryts och den nödvändiga informationen överförs till den nya rehabiliteringsgivaren. Rådgivningen och vägledningen bör utgöra en process som följer den rehabiliteringsplan som uppgjorts tillsammans med klienten. Inte minst med hänsyn till rättsskyddet bör de alternativ som ligger till grund för rehabiliteringen redas ut i detta sammanhang. Dels ökar bland annat de långa operationsköerna behovet av rehabiliteringsåtgärder, dels försvagar de effekterna av rehabilitering efter vården och i värsta fall kan de leda till en onödig pensionering. Också av dessa orsaker är det viktigt att hälsovårdens resurser räcker till och att kostnaderna reduceras på lång sikt.

Systemet med slussning till rehabilitering bör utvecklas. Till exempel när det handlar om slussning av en klient inom hälsovården och till hälsovården kan systemen enligt uppgifter till utskottet innehålla sådana luckor att inget system gäller för klienten. Hälsocentralerna bör ta ett informations- och remitteringsansvar för de klienter som ingår i deras patientkrets. Det finns också skillnader i förfaringssätten mellan olika system, till och med när det gäller system som står förhållandevis nära varandra. När det gäller rehabilitering som anordnas genom arbetspensionsförsäkringen tycks problemet vara att systemet varken identifierar eller hänvisar personer till rehabilitering tillräckligt tidigt och effektivt. Vissa kan slussas till andra system, vilket medför förluster i utkomstskyddet och eventuellt också fel inriktad rehabilitering. Om beredskapsarbete anordnas för en klient kan det ändra den instans som beviljar arbetspension, varvid också rehabiliteringsansvaret och klientens ställning påverkas. Även om det finns skillnader i målen för folkpensionssystemet och arbetspensionssystemet, föreligger det ett visst behov att harmonisera tillämpningen av deras lagstiftning, ett faktum som med hänsyn till rehabiliteringssystemet absolut bör vägas in.

För att utveckla rehabiliteringen har man under de senaste åren gett hög prioritet åt att nödvändiga åtgärder skall sättas in så tidigt som möjligt. Det är ändamålsenligt att fortsätta på den linjen. Bland annat i den yrkesinriktade rehabiliteringen är det viktigt att börja tidigt för att rehabiliteringen skall lyckas. Det bör också utredas om det vore på sin plats att också ge yrkesinriktad tilläggsutbildning i form av rehabilitering.

Rehabiliteringen skall utgöra ett sådant alternativ att utkomstsvårigheter under rehabiliteringen inte leder till att klienten avstår från den eller att motivationen sjunker. Motivationen för dem som deltar i rehabiliteringen bör höjas genom att de erbjuds ett bättre skydd under rehabiliteringen än dagpenning vid sjukdom. Å andra sidan är det minst lika viktigt att göra det fördelaktigare att arbeta och att återvända till arbetet.

Målen för rehabiliteringen

Begreppet rehabilitering varierar rätt mycket i olika funktioner och system. Detta är delvis för-

ståeligt och motiverat, eftersom målen för lagstiftningen beträffande de olika systemen avviker från varandra. Å andra sidan bör man alltid kunna ha klart för sig vilken typ av rehabilitering det är frågan om. Redan statistikföringen av rehabiliteringen och den ekonomiska uppföljningen kräver en tillräckligt enhetlig och klar definition. På grund av detta är det viktigt att förtydliga begreppet rehabilitering bland annat som en fortsatt åtgärd inom hälsovården samt dess förhållande till insatserna för att bevara funktions- och arbetsförmågan, rehabiliteringen som syftar till att bevara den mentala hälsan och den mentala rehabiliteringen, samt till åtgärderna för att värna om det fysiska, sociala och psykiska välbefinnandet. När så sker tangerar systemet socialväsandets tjänster.

Ett klarläggande av begreppet eller begreppen rehabilitering har också att göra med tydligare mål för rehabiliteringen. Målen är olika för åldringar och veteraner, personer i arbetsför ålder, handikappade och barn. Målen kan också differentieras enligt det eftersträfvade resultatet. I vartdera fallet bör målet slås fast i förhållande till arbetsförmågan och aktiviteten i arbetslivet och till bevarande och främjande av funktionsförmågan samt i förhållande till en lång och i vissa fall en livslång habilitering för barn som blivit handikappade vid födseln. Sysselsättning är inte nödvändigtvis den enda eller rätta indikatorn på en lyckad rehabilitering, inte ens när målet är en förbättrad arbetsförmåga, eftersom flera omständigheter som är oberoende av rehabiliteringen inverkar på sysselsättningen.

En effektiv och resultatgivande rehabilitering av barn är ofta också ekonomiskt mycket viktig i och med att den kan förebygga ett livslångt behov av en institutionsplats men också för att resultaten har omfattande konsekvenser på det mänskliga planet. Rehabilitering som syftar till att förebygga en tidig pensionering av personer i arbetsför ålder är likaså ekonomiskt sett motiverad och när det gäller åldringar och veteraner talar synpunkter som har med välbefinnande att göra för en rehabilitering som förebygger institutionsvård och ger en möjlighet att klara sig på egen hand i öppenvården.

Rehabiliteringens effektivitet bör därför bedö-

mas både ur en ekonomisk och ur en mänsklig synvinkel och rehabiliteringens resultat bör ställas i relation till de uppställda målen.

Också frågor som gäller finansieringen av rehabiliteringen anknyter till ett klarläggande av begreppen rehabilitering och rehabiliteringsmålen. Gränsen mellan rehabilitering och vård är ofta osynlig och i viss mån avgör syftet vad som definieras som vård och vad som rehabilitering. På motsvarande sätt är den förebyggande rehabiliteringens förhållande till insatserna för att bevara och förbättra arbets- och funktionsförmåga ofta diffust. Av dessa orsaker är det vanskligt att bedöma de resurser som används till rehabilitering, oavsett om definitionen är snäv eller vid. Man bör dock inte avstå från att klarlägga begreppet rehabilitering och rehabiliteringsmålen, även om det viktigaste är att finansieringen av rehabiliteringen säkerställs till de delar som den har att göra med vård eller förebyggande verksamhet.

Synpunkter på utvecklingen av rehabiliteringen

Insatserna för att bevara arbetsförmågan är värdefulla och bör ytterligare utvecklas. Systemet förutsätter att arbetsgivaren satsar på verksamheten, vilket leder till att det i huvudsak är de stora arbetsgivarna som bedriver verksamhet i syfte att bibehålla och förbättra arbetsförmågan. De små arbetsgivarna och egenföretagarna har inte tillräckliga resurser.

Vid utvecklingen av rehabiliteringstjänster för den äldre befolkningen tycks det centrala vara att effektivisera rehabiliteringen av veteraner, främst genom att öka antalet rehabiliteringar samt genom att styra de resurser som med tiden frigörs inom veteranrehabiliteringen till rehabilitering av äldre. En effektiviserad rehabilitering av pensionärer över 65 år, speciellt gravt handikappade bör också fås i gång. De resurser som frigörs kan användas till att bevara och förbättra arbets- och funktionsförmågan också hos personer i yrkesaktiv ålder.

Pensionsanstalterna avslår nästan 20 procent av de invalidpensioner som söks på basis av invaliditet. Personer med läkarintyg över sin invaliditet kan missgynnas av systemet och inte få pension, rehabilitering eller arbete över huvud

taget. För att hindra att vissa personer förlorar allt bör det utredas om en ansvarsperson kan utses för dem som fått avslag på sin ansökan om invalidpension. Denna skulle se till att den berörde hänvisas till fortsatta undersökningar för utredning av om en yrkesinriktad yrkesutbildning eller rehabilitering kunde komma i fråga.

Speciellt under depressionen förvärrades situationen för personer med rusmedelsproblem. Dessa personers rehabilitering, som främst hör till kommunerna, och utkomstskydd under rehabiliteringen, som statsmakten bär ansvar för, är än så länge ett olöst problem som måste åtgärdas under de närmaste åren. Speciellt beträffande de yngre tycks de resurser som satts in på vården av de drogberoende vara otillräckliga.

För en missbrukare som övergår till rehabilitering kan situationen bli otillfredsställande när kostnaderna ökar till följd av de undersökningar som slussningen till rehabiliteringen kräver och utkomstproblemet växer till följd av att utkomsten inte alltid klart kan hänföras till ett visst system. Också med hänvisning till riksdagens svar 1994 på rehabiliteringsredogörelsen bör regeringen i brådskande ordning avge en proposition med förslag till ändring av rehabiliteringslagstiftningen. Även arbetslösa missbrukare bör ha en möjlighet att få rehabiliteringspenning under rehabiliteringen inom missbrukarvården.

Psykiska problem är den näststörsta orsaken till invalidpensioner. Enligt sakkunniga allokeras endast cirka 10 procent av rehabiliteringsanslagen till psykisk rehabilitering. Ställningen för klienterna inom den psykiska rehabiliteringen bör förbättras, till exempel genom att påskynda en utredning om att den terapi psykologer ger bör omfattas av sjukförsäkringen.

Beträffande barnen är resurserna speciellt inom den barnpsykiatriska vården och rehabiliteringen otillräckliga när det gäller antalet vårdplatser och antalet terapier. På lång sikt lönar det sig dock att satsa på barn, och resultaten av den barnpsykiatriska vården och rehabiliteringen har varit ytterst goda.

Enligt den allmänna modellen inom hälso- och sjukvården har man i rehabiliteringen övergått till öppenvård. De resurser som frigjorts vid institutioner har dock inte till fullo överförts till öp-

penvården, där de skulle ha inneburit till och med ett mera omfattande serviceutbud. Detta har — igen i enlighet med den allmänna modellen för hälsovården — särskilt gällt den psykiska rehabiliteringen och rehabiliteringen av missbrukare. Öppenvården ger speciellt i de stora kommunerna de bästa rehabiliteringsmöjligheterna, eftersom resorna, som annars i allmänhet medför stora kostnader för klienten, oftast är de minsta i de här kommunerna.

Problemen med tillgången till, finansieringen av och finansieringsansvaret för hjälpmedel bör lösas. Hjälpmedlen utgör ett område som utvecklas snabbt. Genom att förnya finansieringssystemen, hyra och låna ut hjälpmedel, använda modern teknik samt genom effektiv vägledning och effektivt underhåll kan man på ett märkbart sätt utveckla rehabiliteringen och få de handikappade att klara sig i arbetslivet och på det hela taget i det dagliga livet. Hjälpmedel bör också finnas att tillgå så fort behov uppstår.

Lagstiftningen om skyddsarbete är föråldrad. Den lagstiftning som syftar till att sysselsätta handikappade och personer med nedsatt funktionsförmåga både i produktionen och i terapeutiskt syfte bör reformeras i brådskande ordning. Genom att utveckla skyddsarbetet och arbetsverksamheten kan man skapa förutsättningar för en ökad självständighet och personlig utveckling.

Rehabiliteringsutbildningen har förnyats under de senaste åren. Enligt utredning till utskottet har utbildningen av social- och hälsovårdspersonal reformerats så att rehabiliteringen utgör ett element i all utbildning. På det här sättet blir rehabiliteringen en del av social- och hälsovårdens dagliga verksamhet och arbetsrutiner.

Rehabiliteringen har fått större betydelse i alla inriktningsalternativ inom närvårdarutbildningen. Inom närvårdarutbildningen, som för närvarande reformeras, bör rehabiliteringsundervisningen utformas så att närvårdare i sitt arbete klarar av att ge grundläggande rehabilitering till exempel på bäddavdelningar och ålderdomshem under ledning av fysioterapeuter. Inom närvårdarutbildningen, som revideras den 1 augusti 1999, bör man också införa ett alternativ med inriktning på rehabilitering. Utvecklingen på rehabiliteringsområdet kräver en arbetskraft som

är allt bättre utbildad. Att förstärka den här trenden inom utbildningen är viktigt i och med att den öppna vården ökar och till exempel inom hemservicen kräver att de rehabiliterande insatserna intensifieras. Utskottet finner det angeläget att reformens konsekvenser i detta avseende följs upp och att man ser till att rehabiliteringen får en adekvat ställning inom social- och hälsovårdsutbildningen. Man bör också se till att personalen får tilläggsutbildning för att kunna följa utvecklingen på rehabiliteringsområdet. Utskottet påpekar också att det inte finns någon professur på rehabiliteringsområdet trots dess ekonomiska betydelse.

Rehabiliteringsforskning bedrivs i dag på flera områden. Utskottet omfattar synpunkterna i statsrådets redogörelse att rehabiliteringsforskningen bör samordnas och de tillgängliga resurserna samlas för att främja en högklassig forskning kring rehabiliteringsfrågor. Social- och hälsovårdsministeriet bör i samarbete med de instanser som anordnar rehabilitering, såsom Folkpensionsanstalten och arbetspensionsanstalterna utreda om det är möjligt att inrätta ett

institut eller organ som för rehabiliteringens del bedömer behovet och målen samt allokeringen, mätningen och resultaten genom att utnyttja de institut som i dag bedriver rehabiliteringsforskning och deras mångsidiga erfarenhet.

Med hänsyn till rehabiliteringens betydelse finner utskottet det viktigt att regeringen ger riksdagen en redogörelse om rehabiliteringen senast inom fyra år. I den nya redogörelsen bör regeringen ge en rapport om i vilken utsträckning rehabiliteringen genomförts utifrån den föreliggande redogörelsen och betänkande och hur väl övriga utvecklingslinjer följts samt om de problem som observerats i rehabiliteringen och de utvecklingsåtgärder som vidtagits.

Förslag till beslut

Social- och hälsovårdsutskottet föreslår vördsam

att riksdagen sänder detta betänkande till statsrådet för kännedom och nödvändiga åtgärder.

Helsingfors den 22 januari 1999

I den avgörande behandlingen deltog

ordf. Virpa Puisto /sd
vordf. Maija Perho /saml
medl. Anne Huotari /vänst (delvis)
Liisa Hyssälä /cent
Timo Ihamäki /saml
Kari Kantalainen /saml (delvis)
Paula Kokkonen /saml
Mikko Kuoppa /vgr
Eero Lämsä /cent (delvis)

Hannes Manninen /cent
Pirkko Peltomo /sd
Margareta Pietikäinen /sv
Maija Rask /sd
Osmo Soininvaara /gröna
Marjatta Vehkaoja /sd
Marja-Leena Viljamaa /sd
suppl. Marjaana Koskinen /sd (delvis).