

Läkarens synpunkter

Den medicinska rehabiliteringen har hittills föga utbyggts i vårt land. Trots alla partiernas principiellt uttalade stöd tycks det vara svårt att ens på våra undervisningssjukhus och större lasarett få till stånd vården ifråga. Genom bristande resurser skapas problem för samhället i form av onödigt ökade vårdkostnader inom vissa andra avsnitt och en förlust av produktionskapaciteten, hävdar i nedanstående artikel docent Einar Helander, bitr. överläkare vid avd. för fysikalisk medicin, Karolinska sjukhuset.



Einar Helander

Medicinska rehabiliteringsinsatser är aktuella för patienter, som har handikapp till följd av sjukdomar, medfödda eller förvärvade skador. Sådana insatser kan fullgöras på många sätt: på sjukhus, i öppen vård inom och utom sjukhus, på arbetsplatsen, i hemmet, på institutioner.

I den allmänna debatten påpekas ofta numera, att kostnaderna för sjukvård är avsevärda och, att Sverige har per capita världsrekord, när det gäller sängbunden vård. Man menar, att det borde vara möjligt att förlägga tyngdpunkten för vårdinsatserna utanför de dyrbara sjukhusen och att man genom omstrukturering skulle kunna sänka kostnaderna, eller åtminstone takten i kostnadsökningen. Sådana synpunkter har givetvis betydelse, när det gäller att diskutera frågan om hur rehabilitering skall inplaceras inom sjukvården, inte minst då det rör sig om en relativt ny och föga utvecklad specialitet. Frågan om hur mycket av behövlig vård, som behöver förläggas till sjukhusen och hur mycket, som kan ske utanför, diskuteras därför närmare i denna uppsats.

Vilket är den medicinska rehabiliteringens verksamhetsområde?

Medicinsk rehabilitering sysslar framförallt med patienter med funktionshinder. Dessa kan antingen vara övergående eller definitiva, ha samband med somatisk eller psykisk sjukdom eller skada. De i rehabiliteringssammanhang mest betydelsefulla funktionsinskränkningarna rör framförallt två typer av grundhandikapp: ADL-handikapp och arbetshandikapp (nedsatt produktionsförmåga).

Ytterligare några avgränsningar är angelägna. Barn och ungdomar utgör ur handikapp-synvinkel en relativt liten grupp. Med deras medicinska vård måste pedagogiska specialinsatser integreras. Det är därför lämpligt att knyta de medicinska åtgärderna till den skola eller institution, där utbildningen sker. Härigenom minskar man segregationen av sådana barn och hindrar så litet som möjligt skolgången.

Personer med handikapp av ADL-typ i pensionsåldern utgör en kvantitativt stor grupp, där rehabiliteringsinsatserna kan ske i hemmet eller

Frågan om hur mycket av behövlig vård som behöver förläggas till sjukhusen och hur mycket som kan ske utanför diskuteras närmare i denna uppsats.

på kliniker eller sjukhem lämpligen under långvårdsmedicinens ledning.

I båda de nu nämnda grupperna kan en specialist i medicinsk rehabilitering göra betydelsefulla konsultinsatser, men medicinska rehabiliteringsverksamhetens område rör framförallt vården av handikappade i arbetsför ålder. Det bör dock nämnas, att även inom denna åldersgrupp finns åtskilliga specialgrupper, som med nuvarande ordning omhändertas separat, bl a synskadade och blindade, hörselskadade och döva, utvecklingsstörda patienter med psykos, svåra hjärnskadade eller svåra psykoneuroser, patienter med särskilt stor vårdtyngd m m.

Vilken är målsättningen för den medicinska rehabiliteringen?

Målsättningen kan anges i 5 punkter.

a) Att identifiera (uppsöka) de för medicinsk rehabilitering aktuella personerna.

Det anses av alla angeläget, att man inte låter de patienter som i dag alltför länge väntar i olika köer mellan samhällets olika sociala och medicinska organ fortsätta härmed, då väntandet i sig kan ge sekundära effekter i form av neurotisering, sänkt motivation till behandling och arbete, tillvänjning till transfereringar och nedsatt arbetskapacitet. Det finns därför klara behov att aktivt söka upp rehabiliteringsbehövande patienter.

Personer med ADL-handikapp uppsöks bäst genom de kommunala sociala organen, som är ålagda att genom fältundersökningar kartlägga den egna kommunens handikappade och se till att behövliga insatser för dem sker.

Produktionshandikappade kan lättast identifieras via de organ i samhället, som administrerar transfereringar till dem, som inte kan försörja sig genom eget arbete (försäkringskassan, social-

vården, arbetslöshetskassor och liknande) och genom arbetsvårdsexpeditionerna, hos vilka en del av dessa personer söker arbete. Företagshälsovården är väl skickad att på ett tidigt stadium (medan vederbörande ännu är i arbete) finna personer, som är i riskzonen för framtida utslagning från arbetsmarknaden.

Andra exempel på instanser genom vilka handikappade kan identifieras är skolan, handikapporganisationer, försäkringskassan (förtidspensionärer, personer med invaliditetsersättning), vissa landstingsorgan (arbetsvårdsnämnden, hemvårdsnämnden) m. m.

Sedan de nämnda patienterna identifierats, följer

b) Att utreda de handikappades behov av rehabilitering.

En sådan utredning kan vara enkel, t ex besök för konsultation hos endera läkare, kurator, psykolog, arbetsvårdstjänsteman eller dylikt. I mera svårutredda fall är en sådan utredning komplicerad, det fordras samtidiga och samordnade insatser av hela rehabiliteringsteamet i samarbete med externa organ (bl a arbetsvård, försäkringskassa, företagshälsovård, socialvård, kriminalvård).

En fullständig utredning kan innefatta insatser från många medicinska specialiteter, en avancerad utredning av funktionsförmågan (innefattande klin. fys. och neurofys. analyser), psykologiska test av begåvningsnivå, personlighet, motorik, yrkesanlag m m, en socialutredning av miljöförhållandena från barndomen till nuvarande tid, familj, ekonomi, bostad m m, en yrkesutredning omfattande grund- och yrkesutbildning, betyg, yrkeserfarenhet, resultat av tidigare anställningar och arbetsvårdsinsatser, samt funktionsutredning (mätning av produktionskapacitet och liknande).

Man måste räkna med, att åtskilliga utredningar för att bli av god kvalitet med hänsyn till för handikappade väsentliga framtidsfrågor, bör ske

Man måste räkna med att åtskilliga utredningar för att bli av god kvalitet bör ske på en rehabiliteringsmottagning på sjukhus.

En del av de handikappade har funktionsnedsättningar vilka med fördel kan behandlas i öppen vård utanför sjukhus, t ex under ledning av en allmänläkare eller specialist.

på en rehabiliteringsmottagning på sjukhus. Efter det utredningen avslutats, kan en fortsatt handläggning av ärendet i en del fall överlätas på allmänläkare eller akutmårdsspecialist. I en del andra fall är det naturligt att patienten får fortsätta på sjukhuset, särskilt gäller detta de svårbehandlade fallen.

c) Att behandla handikappade.

En del av de handikappade har funktionsnedsättningar, vilka med fördel kan behandlas i öppen vård utanför sjukhus, t ex under ledning av en allmänläkare eller specialist. Detta gäller t ex flertalet ärenden med enklare hjälpmedelsutprovning, sjukgymnastik vid akuta sjukdomar eller enklare handikapp, okomplicerade sociala insatser i familjemiljön. Men vid mera komplicerade rehabiliteringsfall, där endera behandlingstekniken är svårbemästrad eller bör ske under rehabiliterings-specialistens överinseende, eller där det för patientens hela framtid är viktigt att största möjliga erfarenhet ställes till hans förfogande, bör han få kvarstanna inom den sjukhusanknutna, medicinska rehabiliteringen. För sådana patienter behövs framför allt resurser för öppen vård (dagvårdsplatser, ev med patienthotell) och i relativt liten omfattning slutna vårdavdelningar.

d) Att sörja för integrering av handikappade.

Efter avslutad behandling måste den handikappade integreras i ett så normalt liv som möjligt. Man måste redan i anslutning till utredningen planera för denna integrering. Den handikappade måste beredas lämplig bostad, lämpligt arbete eller sysselsättning, assistans i hemmet och med transporter, i vissa fall utbildning. Man måste också sörja för att levnadsstandarden med hänsyn till den handikappades merutgifter blir så normal som möjligt.

Oavsett om den handikappade sköts av allmän-

läkare, akutmårdsspecialist eller rehabiliteringsläkare måste de behövliga kontakterna tas, man måste vara beredd att lägga ned ett ofta tidsödande och inte alltid tacksamt arbete på dessa. Säkertligen nås i de komplicerade fallen bäst resultat om denna del av verksamheten skötes från sjukhuset, som under åren ackumulerar en betydande erfarenhet av resultaten av integrationsprocessen. Men läkare och socialarbetare på öppna fältet, som har goda kontakter med sociala organ, arbets- och hemmiljö kan säkert klara en betydande del.

e) Att följa upp de handikappade.

Handikappade personer är i många avseenden marginella. En handikappad, som genom intensiv träning lärt sig klara vissa ADL-funktioner, kan efter kort tid i hemmet återgå till önskat beroendeförhållande till familjemedlemmar eller vårdare och passiviseras. En arbetshandikappad, som fått ett lämpligt arbete, kan i samband med en bagatellåkomma, t ex en förkylning stanna hemma och ånyo bli långtidssjukskriven. Allehanda funktionellt betingade psykosomatiska besvär, som kanske grundar sig i obefogad ångslan för återgång i arbete eller bristande självförtroende är vanliga i dessa sammanhang.

En god uppföljning är därför av yttersta vikt för att bevara ett gott rehabiliteringsresultat. Uppföljningen är ofta föga kostnadskrävande, det är fråga om enkla återbesök och etablerande av kontinuerlig kontakt och service (t ex medicinen får inte ta slut, patienten måste ånyo få höra att sjukdomen inte förvärras av arbetet och måste bibringas en optimistisk framtidssyn och ett stigande självförtroende). Det är rimligt, att i den mån rehabiliteringspatienten bedöms så svårbehandlad och svårplacerad att sjukhusets medicinska rehabiliteringsklinik tagit ansvar för honom bör man också inom sjukhusens öppna vård ordna uppföljningen.

Behoven av medicinska rehabiliteringsinsatser

Antalet ADL-handikappade i arbetsför ålder brukar på grundval av ett antal fältundersökning-

Antalet arbetshandikappade kan beräknas på olika sätt. Definitivt utslagna från arbete på den reguljära arbetsmarknaden är för närvarande 237 000 förtidspensionärer (dec 1972).

ar anges till c:a 10 % varav c:a 2 % har svåra handikapp. Detta skulle betyda, att c:a 500 000 lättare och c:a 100 000 avsevärt ADL-handikappade i åldern 16—65 år finns i landet. Många av de svårare fallen är i behov av årligen upprepade behandlingsserier (t ex patienter med reumatoid artrit, hemiplegi, MS, arthros) och kontinuerliga insatser på hjälpmedelssidan. Det kan vara rimligt att en viss andel av de svåraste fallen i överensstämmelse med vad ovan sagts, hänvisas till sjukhusens rehabiliteringskliniker för behandlingsinsatser, hjälpmedelsutprovning, ordnande av bostads- och transportservice m m samt uppföljning. Hur stor denna andel rimligen bör vara kan diskuteras, men den understiger säkert inte 25 000 årligen återkommande patienter.

Antalet arbetshandikappade kan beräknas på olika sätt. Definitivt utslagna från arbete på den reguljära arbetsmarknaden är f n 237 000 förtidspensionärer (dec 1972), samt c:a 35 000 personer i skyddat arbete. Kortsiktigt (?) utslagna är c:a 110 000 arbetslösa, c:a 75 000 personer, som tills vidare sysselsättes i beredskapsarbete eller arbetsmarknadsutbildning, c:a 80 000 som mer eller mindre kontinuerligt försörjes genom socialvård, c:a 75 000 långvarigt sjukskrivna och c:a 10 000 institutionsintagna eller sammanlagt c:a 350 000 personer. I riskzonen för utslagning befinner sig c:a 10 % av dem, som är i arbete, eller ungefär 400 000 personer. En del av de nu nämnda personerna är medräknade på fler än ett ställe men sammanlagt rör det sig om c:a en million människor, som är eller kan bli aktuella i sammanhanget.

Det är nu en svår fråga att avgöra, i vilken mån det finns förutsättningar i realiteten för någon rehabiliteringsverksamhet att medverka till att de personer, som är definitivt utslagna, kan återkomma till arbetsmarknaden eller om man för de kortsiktigt (?) utslagna kan befordra en så-

dan återgång resp för dem i riskzonen förhindra utslagning i framtiden. Den tekniska och ekonomiska utvecklingen har medfört att arbetskraft efterfrågan i landet inte motsvaras vare sig kvantitativt eller kvalitativt av tillgången på arbetskraft. Det är inte lätt att sysselsätta personer, som ytligt sett inte verkar uppfylla någon arbetsplats krav. Inte heller i goda tider passar de arbetslösa personerna för de lediga platserna, då dessa personer bl a inte har önskad utbildning, snabbhet i koordination, begåvning eller intresse för just detta arbete m m och i sådana fall täcker man de mest angelägna behoven av arbetskraft genom invandring. Det vore önskvärt, att man skapade balans i den nu besvärliga situationen, och att man insåg, att utslagna personer utgör en ekonomisk belastning för samhället, inte bara därför att de måste försörjas genom transfereringar, utan också genom de samtidigt ökade kostnaderna för deras medicinska vård. Det är inte osannolikt, att de sammanlagda kostnaderna för dem överstiger de förluster, som skulle uppkomma om vederbörande stannar kvar i produktionen. Trots den medvetenhet härom, som börjar breda ut sig, är det svårt att lösa problemet med hänsyn till den höga grad av komplikation som välfärds-samhället har (jämför förslaget till kvotering av handikappade).

I det uppkomna läget bör den medicinska rehabiliteringen fortsätta att fullgöra den service, som det föreliggande systemet synes förutsätta. Denna innebär bl a att en stor del av försäkringskassans c:a 200 000 årligen inträffade 90-dagars fall bör utredas och insatser fullgöras för att behandla, återföra till normalt liv och följa upp dessa patienter med sviktande arbetskapacitet, så att en av alla önskad förtidspensionering undviks och att service i behövlig omfattning ges arbetsvården, som parallellt arbetar med liknande problem. Om resultatet härav inte f n blir tillfredsställande, beror det på att arbetsgivarna inte kan bereda arbete åt stora grupper människor i vårt samhälle (trots att dessa i förvånansvärt hög grad genom medicinsk rehabilitering kan återvinna en nära nog fullgod arbetskapacitet), därför att man föredrar arbetskraft som är yngre, mera välutbildad

och saknar förflutet i sociala stödorgan. Rehabiliteringsbehandlingen åstadkommer enligt min erfarenhet för övervägande antalet behandlingsfall mycket goda resultat med avseende på produktionskapacitet, men ett sådant argument är föga värt, när patienten saknar andra ansökningshandlingar att visa upp för en arbetsgivare än sjukintyg, testresultat och bedömningar från arbetsterapiavdelningar.

Samhällets krav på utredning, behandling med bedömning och uppföljning torde under alla omständigheter medföra att åtminstone c:a 25 000 nya personer årligen skulle behöva tas om hand av den sjukhusanknytna rehabiliteringen.

Förslag till utbyggnad

De flesta landsting saknar medicinsk rehabilitering f.n. Detta beror på flera orsaker: ekonomiska svårigheter för sjukvårdshuvudmännen, brist på rehabiliteringspersonal m.m. Man har på flera håll sökt interimistiskt lösa problemen så, att långtidsvården fått ta hand om ADL-handikappade och arbetsvårdsinstitutionerna om de arbetshandikappade. Denna interimistiska lösning har inte varit enbart av godo. Långtidsläkarna och deras personal saknar i stor omfattning utbildning och tillräckligt bedömningsunderlag för ADL-fallen i arbetsför ålder och arbetsvårdsinstitutionerna har sysslat med alltför sjuka patienter, vilket medfört att många sådana mera fått karaktären av sjukhus än realistisk arbetsmiljö. Från AMS har under alla år framhållits, att detta är en felutveckling och att en optimal arbetsvård förutsätter att patienterna före arbetsvården har varit föremål för medicinsk rehabilitering.

En utveckling av ett landstingsområde, som inte har medicinsk rehabilitering kan lämpligen försiggå i följande etapper.

a) En överläkare i medicinsk rehabilitering tillsätts med uppgift att samordna och i behövlig omfattning leda den inom landstinget redan förefintliga rehabiliteringsverksamheten (arbetsvård, träningslägenheter, sjukgymnastik och arbetsterapi, hjälpmedelssektion, bostads- och transportservice för handikappade). Denne läkare bör i

möjligaste mån söka verka som konsult inom försäkringskassa och arbetsvårdsexpedition.

b) En utredningsavdelning enligt ovan angivna skiss tillkommer, vilket betyder att svårare fall inom sjukvården etc kan rekommenderas för konsultation eller kvalificerade utredningar till en öppen rehabiliteringsmottagning på central-lasarettet.

c) Till följd av utredningarna blir det nödvändigt att komplettera befintlig arbetsterapi och sjukgymnastik, så att de utredda fallen kan erhålla behövlig behandling. I regel kan man räkna med att dagvård är tillräcklig, kompletterat med patienthotell och möjlighet att genom lån disponera enstaka vårdplatser för särskilt krävande behandlingsfall.

d) På grundval av denna försiktiga uppbyggnad får man söka slutligen bedöma behoven av sjukhusanknuten medicinsk rehabilitering, ange antalet dagplatser och vårdplatser i den slutliga organisationen, personalbehov och behandlingslokaler m.m. Härvid får man försöka åstadkomma en lämplig fördelning av rehabiliteringsuppgifterna mellan allmänläkare, akutvårdsspecialister och specialister i medicinsk rehabilitering.

Slutord

Den medicinska rehabiliteringen har hittills föga utbyggt i vårt land. Trots alla partiets principiellt uttalade stöd tycks det vara svårt att ens på våra undervisningssjukhus och större centrallasarett få till stånd vården i fråga. Genom bristande resurser skapas problem för samhället i form av onödigt ökade vårdkostnader inom vissa andra avsnitt (bl.a. psykiatri och långtidsvård) och en förlust av produktionskapaciteten.

I vissa fall motverkas rehabiliteringsprocessen genom andra samhällsförändringar. Arbetsmarknadsförhållandena är f.n. bedrövliga för arbetshandikappade, men ekonomiska realiteter talar för, att det mera långsiktigt måste gå att lösa frågan, om hur vi skall ta vara på våra genom rehabilitering till full eller nära nog full produktivitet behandlade medmänniskor, så att inte enkla fördomar bland arbetsgivare av olika slag motverkar deras arbetsplacering.