

Socialutskottets betänkande

1978/79:4

med anledning av motion om information om afasi och behovet av rehabiliteringsresurser för afatiker

Motionen

I motionen 1977/78:1079 av Margareta Andrén (fp) och tredje vice talmannen Karl Erik Eriksson (fp) hemställs att riksdagen begär att regeringen framlägger förslag i syfte att öka informationen om afasi och möjligheterna att utöka rehabiliteringsresurserna.

Motionärerna beskriver inledningsvis situationen för personer som lider av afasi (orddövhet, ordstumhet) och anför bl. a. att afasi innebär att en oförmåga eller en nedsatt förmåga uppstått, då det gäller att förstå tal eller att själv tala och att afasi uppkommer efter en hjärnskada, vars orsak kan vara hjärnblödning, blodpropp, trafikskador eller kirurgiska ingrepp efter t. ex. en tumör. Det påpekas att ca 5 000 personer per år drabbas av afasi och att människor i alla åldrar kan drabbas. Motionärerna anför vidare bl. a. att afasi ofta ingår som en del av en symtombild, som därutöver kännetecknas av bl. a. högersidig förlamning, visst bortfall av synfältet samt vissa psykiska symtom, koncentrationssvårigheter och förlängd reaktionstid.

Det framhålls att afatikern ofta feltolkas av sin omgivning, då man lätt förväxlar talsvårigheterna, det försämrade minnet och den relativa långsamtheten med en mental defekt samt att afatikern ofta är generad över sitt handikapp och därför gärna isolerar sig.

Motionärerna anför att många människor inte känner till de svåra problem – både praktiska och emotionella – som en afatiker och dennes anhöriga hamnar i och påpekar att det finns stora brister när det gäller resurser för att rehabilitera afatiker. Det anføres att avgörande för hur framtiden blir för en afatiker är möjligheten för honom att få logopedkontakt och språkterapi samt att den sociala anpassningen genom t. ex. gruppterapi är av stor betydelse. Inte minst viktigt är det, anføres det vidare, att personal, anhöriga och vänner får kontinuerlig information, råd och stöd om afatikerns svåra situation. I fråga om önskemål beträffande rehabiliteringsresurser m. m. anför motionärerna följande.

Naturligt vore att möjlighet funnes vid varje regionsjukhus att ge alla afatiker kontakt med neurolog, logoped, psykolog, kurator och sjukgymnast. Ett annat önskemål gäller afasiinstitut. Intensivterapi hos logoped i intervaller skulle då lättare kunna ordnas liksom gruppterapi för handledare. Genom afasiinstitut skulle man också kunna arrangera kontinuerliga träffar i form av t. ex. frågestunder, föreläsningar eller andra tillfällen för anhöriga att

sinsemellan diskutera den komplicerade problematik som uppstår, då man ej kan kommunicera med sin make/maka eller barn/föräldrar.

Närmare uppgifter om afasi och om organisationer för afatiker

Man skiljer mellan två olika huvudtyper av afasi, nämligen expressiv afasi och impressiv afasi.

Med expressiv afasi menas bristande förmåga att finna rätta ord och uttryck, uttala dem rätt och sätta samman ord i riktiga meningar. Förståelsen av vad andra säger är väl bevarad, och personer med expressiv afasi märker själva om de säger eller skriver fel.

Impressiv afasi är bristande förmåga att förstå vad andra säger. Förmågan att tala är bevarad men med bristfällig kontroll. Sammanhanget i det som sägs och skrivs blir oklart. Ord används felaktigt eller uttalas felaktigt. Talet blir osammanhängande och ibland helt obegripligt.

Blandformer av impressiv och expressiv afasi är vanliga. Ofta drabbas dessutom andra funktioner än språket. Det kan vara fråga om halvsidiga förlamningar, synfältsbortfall eller andra neurologiska störningar (neurologi = vetenskapen om nervsystemet).

Någon särskilt riksorganisation för afatiker finns inte. Däremot finns afasiföreningar med lokal eller regional rekrytering i Stockholm, Göteborg och Malmö.

Härutöver företräds afatiker, liksom andra neurologiskt sjuka eller handikappade, av MS-förbundet, Riksorganisation för neurologiskt sjuka och handikappade.

Neurologisk rehabilitering m. m.

Principerna för rehabilitering av afatiker är desamma som gäller för medicinsk och speciellt neurologisk rehabilitering i övrigt. I första hand vill man träna upp en bristfällig funktion så långt detta är möjligt. I andra hand måste man öva upp metoder avsedda att på bästa sätt kompensera för de funktioner som är helt eller delvis förlorade.

Medicinalstyrelsen utfärdade år 1961 *råd och anvisningar om neurologisk långtidsrehabilitering och eftervård* (Meddelanden från medicinalstyrelsen nr 104). Enligt dessa råd och anvisningar borde neurologiska rehabiliteringsavdelningar organiseras i nära anslutning till regionsjukhusens neurologiska kliniker och ett nära samarbete eftersträvas mellan länsplanets och regionplanets rehabiliteringsresurser. Inom fyra regioner – enligt medicinalstyrelsens förslag Stockholms-, Göteborgs-, Lund-Malmö- och Umeåregionerna – borde omkring 35 vårdplatser på dessa avdelningar disponeras för ryggmärgsskadade patienter. Rehabiliteringsenheterna i nämnda regioner borde därför

lämpligen göras något större än i de övriga och omfatta 60 vårdplatser, medan övriga enheter borde kunna begränsas till 40 vårdplatser.

Sjukvårdshuvudmännen har emellertid fram till i juni 1977 endast inrättat sammanlagt 56 vårdplatser, speciellt avsedda för neurologisk rehabilitering – 18 i Stockholm, 18 i Göteborg och 20 i Borås.

I *socialstyrelsens principprogram för hälso- och sjukvården inför 1980-talet* framhålls beträffande medicinsk rehabilitering – som är en särskild medicinsk specialitet – bl. a. att det i primärvårdsuppgifterna ingår även en betydande del av rehabiliteringsverksamheten och att det därför inom primärvården måste finnas resurser för fortlöpande behandling, träning och andra åtgärder för handikappade m. fl. (s. 98). I fråga om medicinsk rehabilitering på länsnivå anförs i principprogrammet följande (s. 115 och 116).

Vissa uppgifter inom den medicinska rehabiliteringen faller på länsjukvården. I första hand behövs en lednings- och samordningsfunktion för den medicinska rehabiliteringen inom sjukvårdsområdet. Däri ingår att (1) leda lokal eller regional hjälpmedelsorganisation och svara för försörjningen med tekniska hjälpmedel, (2) svara för den konsultverksamhet vid länsdels-sjukhus och inom primärvården som är nödvändig bl. a. för att behandlingsprogram skall kunna fullföljas och vid behov ändras eller kompletteras, (3) tillhandahålla konsultservice åt andra organ och inrättningar med uppgifter av rehabiliteringskaraktär, t. ex. försäkringskassa, social centralnämnd (socialnämnd), länsarbetsnämnd, arbetsvårdsinstitut, (4) främja en fortlöpande metodutveckling i rehabiliteringsarbetet och verka för kontinuitet och samarbete i rehabiliteringsverksamheten samt (5) meddela utbildning i medicinsk rehabilitering.

Inom länsjukvården bör också patienter – företrädesvis i arbetsför ålder – med somatisk huvuddiagnos omhändertas för grundläggande rehabiliteringsinsatser i form av utredningar, kompletterande undersökningar, upprättande av behandlingsprogram och åtgärdsförslag i övrigt, träning, samordning och uppföljning.

Frågan om strukturen för den medicinska rehabiliteringen har varit föremål för ett särskilt utredningsarbete inom socialstyrelsen. Socialstyrelsen tillsatte år 1968 en utredning med uppdrag att kartlägga resurser och behov på rehabiliteringsområdet samt att lägga fram principer för en medicinsk rehabiliteringsorganisation på olika nivåer. Utredningsarbetet resulterade i att socialstyrelsen år 1976 i skriften *Medicinsk rehabilitering, förslag till principprogram* (Socialstyrelsen redovisar 1976:5) redovisade vissa principiella synpunkter på den fortsatta utbyggnaden av medicinsk rehabilitering. Efter remissbehandling av förslaget till principprogram har inom socialstyrelsen utarbetats ett slutligt *principprogram för medicinsk rehabilitering*, vilket godkänts av socialstyrelsens styrelse i februari i år och vilket publicerats i serien *Socialstyrelsen anser* (nr 1978:3). I principprogrammet anförs att detta är en komplettering till den strukturmodell för hälso- och sjukvården, som socialstyrelsen angett i det år 1975 redovisade principprogrammet för hälso- och sjukvården inför 1980-talet (*Socialstyrelsen anser* 1976:1). Det anges att

avsikten med principprogrammet för medicinsk rehabilitering är att principprogrammet skall vara till hjälp och vägledning i planeringssammanhang för bl. a. sjukvårdshuvudmännen och att realiserandet av principprogrammet får ske i den takt som de ekonomiska och personella resurserna medger. Principprogrammet syftar till en organisation av resurserna för rehabiliteringsmedicinsk verksamhet som bygger på bl. a. följande grunder, nämligen (1) en samordnad – individuellt anpassad och organiserad – behandlingsinsats, byggd på en helhetssyn på patienten och hans situation, (2) en för sjukvårdsområdet samordnad rehabiliteringsmedicinsk verksamhet, (3) en inom sjukvården så långt möjligt decentraliserad rehabiliteringsmedicinsk verksamhet med tyngdpunkt i primärvården, (4) en medicinskt kunnig samarbetsgrupp som skall planera den rehabiliteringsmedicinska verksamheten inom sjukvårdsområdet i fråga om vårdprogram och metodutveckling, (5) en rehabiliteringsklinik med kvalificerade vård- och behandlingsresurser som kärna i den rehabiliteringsmedicinska verksamheten, (6) en samverkan mellan medicinsk rehabilitering och övrig sjukvård som består i att man gemensamt använder vissa behandlingresurser samt (7) en ökad forskning och utbildning inom rehabiliteringsområdet.

Det påpekas bl. a. att det inom primärvården bör finnas resurser för fortlöpande behandling, träning och andra åtgärder för handikappade m. fl.

Beträffande medicinsk rehabilitering inom länsjukvården anförs bl. a. att den medicinska rehabiliteringen är i princip en länspecialitet, uppbyggd kring en medicinsk rehabiliteringsklinik, som skall utgöra basen för den medicinska rehabiliteringen inom hela sjukvårdsområdet (eller, vad beträffar de största sjukvårdsområdena, en del därav). Rehabiliteringskliniken bör förläggas till länsjukhus (centrallasarett) för att ha tillgång till olika specialiteter och kvalificerade laboratorieresurser. Förutom vissa samordningsfunktioner bör rehabiliteringskliniken kunna svara för följande arbetsuppgifter, nämligen för att (1) omhänderta patienter med somatisk huvud diagnos för kvalificerade rehabiliteringsinsatser i form av utredningar, kompletterande undersökningar, behandlingsprogram och andra åtgärdsförslag, träning, samordning och uppföljning, (2) fungera som serviceavdelning åt andra kliniker inom det egna sjukhuset när det gäller bl. a. sjukgymnastiska och arbetsterapeutiska ärenden samt hjälpmedelsförsörjning, (3) svara för konsultverksamhet på länsdelssjukhus och inom primärvården, (4) ge konsultservice åt andra organ och inrättningar med rehabiliteringsuppgifter, t. ex. försäkringskassa, social centralnämnd (socialnämnd) och arbetsförmedling, när sådan service är betingad av rehabiliteringsklinikens speciella resurser och sakkunskap, (5) främja en fortlöpande metodutveckling i rehabiliteringsarbetet och verka för kontinuitet och samarbete i rehabiliteringsverksamheten samt (6) undervisa i medicinsk rehabilitering.

Den medicinska rehabiliteringen vid regionsjukhus skall enligt principprogrammet liksom övriga specialiteter på denna nivå ta hand om patienter med

särskilt omfattande eller svårbedömda skador som kräver tillgång till de specialister av olika slag som i regel endast finns på regionnivå.

Det framhålls att övervägande skäl talar för att resurser för rehabilitering av patienter med neurologiska skador skall inordnas under de medicinska rehabiliteringsklinikerna. Vidare framhålls det bl. a. att, då länssjukhusen får tillgång till neurologisk sakkunskap, detta sannolikt gör det lättare för dessa sjukhus att ta emot även en del svårare neurologfall inom den medicinska rehabiliteringsorganisationen på länsnivå.

I juni 1977 fanns vid tretton sjukhus i landet sammanlagt ca 450 vårdplatser för medicinsk rehabilitering i sluten vård (inklusive ovannämnda, för neurologisk rehabilitering speciellt inrättade 56 vårdplatser). Vid fjorton sjukhus fanns det sammanlagt drygt 340 vårdplatser för dagvård.

Utskottet

Afasi är ett samlingsnamn för flera olika tillstånd som innebär förlust helt eller delvis av förmågan att genom tal eller skrift meddela sig med eller motta meddelanden från andra människor. Ordstumhet, orddövhet, ordglömska, ordförväxling och ordblindhet är olika former av afasi. De intellektuella funktionerna är vanligen bibehållna och syn-, hörsel- och talorganen oskadade. Orsaken till afasi är oftast rubbningar i blodförsörjningen till hjärnan (uppkomna genom propp eller blödning), skallskador eller tumörer.

I motionen 1977/78:1079 av Margareta Andrén (fp) och tredje vice talmannen Karl Erik Eriksson (fp) framhålls bl. a. att den som lider av afasi (afatikern) ofta feltolkas av sin omgivning, då man lätt förväxlar hans handikapp med en mental defekt, samt att afatikern ofta är generad över sitt handikapp och därför gärna isolerar sig. Motionärerna påpekar bl. a. att många människor inte känner till de svåra problem – både praktiska och emotionella – som en afatiker och dennes anhöriga hamnar i och att det finns stora brister i fråga om resurser för rehabilitering av afatiker. Bl. a. angelägenheten av att afatikern får logopedkontakt och språkterapi framhålls. Motionärerna begär förslag i syfte att öka informationen om afasi och att förbättra möjligheterna att tillgodose behovet av rehabiliteringsresurser för afatiker.

Med anledning av förslag av handikapputredningen (S 1966:38) i betänkandet (SOU 1970:64) Bättre socialtjänst för handikappade – vari bl. a. frågor om samordning, samverkan och information i handikappfrågor behandlades – skedde år 1971 en viss ombildning av statens handikappråd, och Svenska kommunförbundet och Landstingsförbundet rekommenderade kommunerna och landstingskommunerna att bilda kommunala handikappråd och länshandikappråd. Handikapputredningen framhöll bl. a. som betydelsefullt att kommunala handikappråd, länshandikappråd och statens handikappråd engagerade sig i informationsuppgifter på handikappområdet. Med hänsyn

till att en mera spridd kunskap om de problem afatikerna har skulle vara ägnat att åstadkomma en bättre förståelse för deras och deras anhörigas situation framstår det enligt utskottets mening som angeläget att nämnda organ i sin verksamhet även beaktar det informationsbehov som påtalas i motionen 1977/78:1079.

Av stor betydelse för afatikerna är också – såsom påtalas i motionen – att rehabiliteringsresurserna förstärks. Ett underlag för en allmän förstärkning av rehabiliteringsverksamheten på det medicinska området föreligger numera. Socialstyrelsen har sålunda tidigare i år publicerat ett principprogram för medicinsk rehabilitering i skriften Socialstyrelsen anser 1978:3, vilket skall vara till hjälp och vägledning i planeringssammanhang för bl. a. sjukvårdshuvudmännen. Realiserandet av principprogrammet – vilket i stora drag redovisats i ett tidigare avsnitt i betänkandet (s. 3–5) och vilket bl. a. avser den neurologiska rehabiliteringen – blir självfallet beroende av vad de ekonomiska och personella resurserna medger. Det är emellertid angeläget att man vid utbyggnaden av den medicinska rehabiliteringen beaktar det speciella behov av resurser som föreligger för rehabiliteringen av afatiker.

Med hänsyn till att de insatser som begärs i motionen 1977/78:1079 i huvudsak ankommer på sjukvårdshuvudmännen bör motionen inte föranleda någon åtgärd från riksdagens sida. Utskottet avstyrker därför motionen.

Utskottet hemställer

att riksdagen avslår motionen 1977/78:1079.

Stockholm den 22 september 1978

På socialutskottets vägnar

GÖRAN KARLSSON

Närvarande: Göran Karlsson (s), Gabriel Romanus (fp), Erik Larsson (c), John Johnsson (s), Bengt Bengtsson (c), Ivar Nordberg (s), Kjell Nilsson (s), Britt Wigenfeldt (c), Kersti Swartz (fp), Ulla Tillander (c), Stig Alftin (s), Gunnar Björck i Värmdö (m), Lena Öhrsvik (s), och Blenda Littmarck (m).