

Landstingsstyrelsens förslag till beslut

Motion 2003:33 av Birgitta Rydberg m fl (fp) om rehabiliteringshem för vårdkrävande långtidssjuka

Föredragande landstingsråd: Inger Ros

Ärendet

Motionärerna föreslår en försöksverksamhet med rehabiliteringshem för vårdkrävande och långtidssjuka patienter.

Förslag till beslut

Landstingsstyrelsen föreslår landstingsfullmäktige besluta

att avslå motionen.

Stockholms läns landsting har, jämfört med landet i övrigt, förhållandevis bra resurser för rehabilitering. Det finns flera kliniker/institutioner som är profilerade på att bedriva rehabilitering av hjärnskadade och rehabilitering är en kärnverksamhet inom geriatrisk vård. Inom dessa vårdformer rehabiliteras vissa patienter under lång tid. Vårdtider upp till eller över ett halvår förekommer, men är ovanligt.

Allmänt sett måste utskrivningen från sjukhusen skötas med stor omsorg. Inför utskrivningen av en patient skall en vårdplan upprättas gemensamt. Den skall bygga på delaktighet och samtycke från den enskilde och klargöra det samlade behovet av insatser samt vilken enhet som är ansvarig för respektive insats. Ständiga ansträngningar behövs för att hålla denna praktiska samverkan mellan landsting och kommun levande.

Bilagor

- 1 Motion
- 2 Landstingsdirektörens tjänsteutlåtande 2003-11-28
- 3 Länshandikapprådets kanslis tjänsteutlåtande 2003-09-16

Synpunkterna kring motionens förslag skiljer sig åt mellan handikappföreningarna. DHR Stockholm anser att förslaget skulle innebära en tydlig tillbakagång till "ett institutionssamhälle som vi för länge sedan lämnat bakom oss". HSO i Stockholms län instämmer i motionens syfte.

Samverkan har kommit olika långt i kommuner och stadsdelar. I första hand är det inte en fråga om resurser och utbud, utan om metod, struktur och tillgänglighet. Ofta kan man finna lösningar som innebär en utveckling av regelverk och arbetssätt, utan att nya verksamheter behöver byggas upp. Fortsatt arbete måste dock läggas ner på att stärka våldsamband och nätverk. Detta är sedan länge ett prioriterat område för både landsting och kommuner.

Behandling i landstingsstyrelsen

Landstingsrådsberedningen behandlade ärendet den 17 mars 2004.

Landstingsstyrelsen behandlade ärendet den 20 april 2004.

Vid behandlingen i landstingsstyrelsen yrkades bifall dels till landstingsrådsberedningens förslag, dels till m- och fp-ledamöternas förslag.

Landstingsstyrelsens beslut fattades utan omröstning.

M- och fp-ledamöterna reserverade sig:

"Landstingsstyrelsen föreslår landstingsfullmäktige besluta att ge Hälso- och sjukvårdsutskottet i uppdrag att tillsammans med kommunerna starta en försöksverksamhet med rehabiliteringshem för vårdkrävande och långtids-sjuka patienter.

Det finns starka indikationer på att väntetiderna att komma till rehabilitering eller en bedömning av rehabiliteringsbarheten är långa och i vissa oacceptabelt långa. Det avser främst yngre som blivit funktionshindrade efter t ex en hjärnskada, stroke eller patienter som behöver andningshjälp. Patientnämnden har uppmärksammat dessa brister. Såväl kommuner som landsting har ett gemensamt ansvar för denna rehabilitering. Ibland kommer parterna inte överens om de ekonomiska frågorna och då riskerar patienten att hamna

mellan stolarna. Om vårdkedjan inte fungerar kan det få stora negativa konsekvenser för den enskilde.

För att ge dessa patienter möjlighet till en snabb rehabilitering bör en försöksverksamhet med ett gemensamt rehabiliteringshem påbörjas. Kommunerna och landstinget föreslås gemensamt finansiera verksamheten. Då kan patienten omgående tas in och behandlingen påbörjas utan tidsfördröjan. Under den tid patienten vistas på rehabiliteringshemmet kan det långsiktiga behandlingsarbetet planeras. Formerna för den gemensamma finansieringen diskuteras närmare mellan parterna.”

Ärendet och dess beredning

Birgitta Rydberg m fl (fp) har i en motion (bilaga), väckt den 8 april 2003, föreslagit landstingsstyrelsen föreslå landstingsfullmäktige besluta *att* uppdra åt hälso- och sjukvårdsutskottet att tillsammans med kommunerna starta en försöksverksamhet med rehabiliteringshem för vårdkrävande och långtidssjuka patienter.

Ärendet har remitterats till länshandikapprådets kansli.

Utskottsbehandling

Hälso- och sjukvårdsutskottet har den 27 januari 2004, enligt landstingsdirektörens förslag, avgett yttrande (bilaga). Inför behandlingen i utskottet inhämtades synpunkter från Medicinsk programberedning 3.

M-, fp- och kd-ledamöterna reserverade sig *till förmån för sitt förslag att bifalla motionen.*

Länshandikapprådets kansli har i tjänsteutlåtande den 16 september 2003 (bilaga), med beaktande av inkomna synpunkter från handikappföreningarna i länet föreslagit landstingsstyrelsen föreslå landstingsfullmäktige besluta *att* anse motionen besvarad.

Bilagor

Motionen

Kommuner och landsting har ett gemensamt ansvar för rehabilitering av patienter som genom sjukdom eller skada har ett stort och långvarigt vårdbehov. Patienterna kan vara helt förlamade och beroende av omvårdnad dygnet runt. För att omhändertagandet ska fungera fordras att patient, ev. anhörig, kommun och landsting är överens om hur vården ska utformas.

I detta syfte har kommunerna och landstinget träffat överenskommelser om hur samverkan ska fungera. Tyvärr kan vi konstatera att diskussioner ibland uppstår om hur vården ska utformas, om ansvarsgränser, om betalningsansvar m m. Sådana diskussioner kan medföra att patienten ”hamnar mellan stolarna” och att vårdinsatserna fördröjs.

Patientnämnden har uppmärksammat brister i rehabiliteringskedjan för yngre som blivit funktionshindrade efter en hjärnskada. Väntetiderna att komma in på rehabilitering eller på bedömning av rehabiliteringsbarheten är oacceptabla enligt nämnden. Under tiden vårdas de på kommunalt äldreboende som inte har resurser att klara denna patientgrupp.

För att lösa detta dilemma föreslås att en försöksverksamhet påbörjas där ett rehabiliteringshem startas och finansieras av landstinget och kommunerna gemensamt. Formerna för finansieringen löses av parterna innan rehabiliteringshemmet startas. Överenskommelsen skulle vara generell och avse alla de patienter som tas in på hemmet. Då kan patienten tas in omgående och behandling påbörjas utan tidsfördröjning. Därefter kan överläggningar starta för att organisera det långsiktiga behandlingsbehovet.

Landstingsfullmäktige föreslås besluta

att ge hälso- och sjukvårdsutskottet i uppdrag att tillsammans med kommunerna starta en försöksverksamhet med rehabiliteringshem för vårdkrävande och långtidssjuka patienter.

Stockholm den 8 april 2003

För folkpartiet liberalernas landstingsgrupp

Birgitta Rydberg

Maria Wallhager

Andres Käärik

Landstingsdirektörens tjänsteutlåtande

Förvaltningens synpunkter

Detta ärende har tagits fram i samråd med finansdirektören i koncernledning och chefläkaren i koncernstaben.

Motionen berör två frågor. Dels att rehabiliteringsresurserna för vissa patientgrupper anses för svaga, dels att diskussioner mellan landsting och kommun i vårdplaneringen kring den enskilde, ibland leder till att vårdinsatser fördröjs.

I motionen föreslås att en försöksverksamhet påbörjas där ett rehabiliteringshem startas och finansieras av landstinget och kommunerna gemensamt. Syftet med försöksverksamheten skulle vara att förbättra rehabiliteringen för de patienter där både landstinget och kommunerna har ansvar för rehabiliteringen.

Problemen motionärerna tar upp finns inom fler delar av rehabiliteringsvården. Det kan t ex också konstateras finnas i strokerehabiliteringen av yngre som av olika anledningar inte förmås motiveras för en aktiv rehabilitering vid de neurologirehabilitationer som finns. Problem har också funnits med patienter som kräver andningshjälp i hemmet. Kring den sistnämnda gruppen har nu bildats ett regelverk och arbetssätt, utan att bygga upp nya verksamheter.

Rehabiliteringen av dessa yngre patienter måste till helt övervägande del bedömas vara ett landstingsansvar, så länge målet är att patienten skall hem till ordinärt boende. Kommunerna har ett tydligt ansvar för *omvårdnaden och stödet* i boendet. Om vårdbehoven är långvariga eller bestående, delar således landsting och kommun på ansvaret, men inte nödvändigtvis samtidigt i vårdförloppet. I *särskilda boenden* har kommunerna allt sjukvårdsansvar, utom för läkarinsatser. Även Försäkringskassan är en betydelsefull samverkanspartner, då dessa funktionshindrade ofta har personliga assistenter.

Stockholms läns landsting har, jämfört med landet i övrigt, förhållandevis bra resurser för rehabilitering. Det finns flera kliniker/institutioner som är profilerade på att bedriva rehabilitering av hjärnskadade och rehabilitering är en kärnverksamhet inom geriatrisk vård. Institutioner utanför de geriatriska klinikerna som bedriver rehabilitering av hjärnskadade är Rehab Station Stockholm (fd Frösunda Center), Stockholms sjukhem, Erstagårdskliniken, Stora Sköndal och medicinska rehabiliteringsklinikerna på Huddinge sjukhus och Danderyds sjukhus.

Inom dessa vårdformer rehabiliteras även vissa patienter under lång tid. Vårdtider upp till eller över ett halvår förekommer, men är ovanligt.

Allmänt sett måste utskrivningen från sjukhusen skötas med stor omsorg. Sedan 1 juli 2002 gäller en överenskommelse mellan Stockholms stad och landstinget enligt vilken

”...huvudmännen gemensamt skall skapa bättre rutiner genom bl a krav på kvittenser/godkännanderutiner.

En förutsättning för att ansvaret för medicinskt färdigbehandlad skall övergå till kommunen är att landstingets öppenvård godkänt och inte avböjt vårdansvar, som överförs från den slutna sjukvården, samt att vårdplan ... föreligger.

Vårdplanering, som huvudmännen alltid skall göra gemensamt tillsammans med den enskilde, skall påbörjas så snart som möjligt. Planeringen skall utmynna i en vårdplan där behov, mål samt insatser från kommunen och den öppna sjukvården framgår. Vidare skall formerna för den fortsatta samverkan anges.”

Den 1 juli 2003 trädde vissa ändringar i lagen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård i kraft. Inför utskrivningen av en patient skall en vårdplan upprättas gemensamt. Den skall bygga på delaktighet och samtycke från den enskilde och klargöra det samlade behovet av insatser samt vilken enhet som är ansvarig för respektive insats.

Ständiga ansträngningar behövs för att hålla den praktiska samverkan mellan landsting och kommun levande. Samverkan har kommit olika långt i olika stadsdelar/kommuner, men är inte i första hand en fråga om resurser och utbud, utan om tillgänglighet, metod och struktur.

Det är inte möjligt att i dagens läge tillgodose behovet som motionärerna tar upp genom att starta nya verksamheter. Förutsättningarna för att nå en överenskommelse med länets kommuner om detta bedöms heller inte som särskilt goda, då huvudmännen har olika ansvar/uppgifter i vården av den enskilde. Däremot måste ytterligare arbete läggas ner på att stärka vård-samband och nätverk. Detta är sedan länge ett prioriterat område för både landsting och kommuner.

Länshandikapprådets kanslis tjänsteutlåtande

Länshandikapprådets synpunkter

Svar har inkommit från DHR De handikappades riksförbund i Stockholms län, Handikappföreningarnas samarbetsorgan (HSO) i Stockholms län som även bifogat synpunkter från Riksföreningen för Hjärnkraft i Stockholms län, Hjärt- och Lungsjukas länsförening och SRF Synskadades Riksförbund Stockholms och Gotlands län.

Länshandikapprådet överlämnar utan eget ställningstagande inkomna synpunkter från handikappföreningarna i länet.

Synpunkter från handikappföreningarna

DHR Stockholms läns distrikt har i skrivelse den 15 september 2003 anfört följande:

”DHR Stockholms läns distrikt anser att denna motion, som vill ge hälso- och sjukvårdsutskottet i uppdrag att tillsammans med kommunerna starta en försöksverksamhet med rehabiliteringshem för människor med funktionshinder, är en tydlig tillbakagång till ett institutionssamhälle som vi för länge sedan har lämnat bakom oss.

Människor med funktionshinder som har dessa behov omfattas av LSS och LASS. Vad vi anser vara bättre är att öka stödet till den enskilde i form av högre assistansersättning. Detta skulle innebära att den enskilde skulle kunna möta sitt behov bättre än vad man kan idag. Det skulle leda till att kunna anställa assistenter med mera kvalificerad utbildning. Som en del av oss har behov av, och att assistenterna skulle få fortlöpande utbildning och handledning.

DHR bedrev en projekt 'Brukarkooperativ med garantiperson' i mitten av 90-talet som innebar personlig assistent med garantiperson för 4 personer med traumatiska hjärnskador. Garantipersonens uppgifter är att hålla samman allt som sker, att fungera som den skadades 'hjälpjärna'. Detta är ett sätt att hjälpa den enskilde i sin hemmiljö att kunna fungera och leva på jämlika villkor som andra.

Vad som dock är en viktig punkt när det gäller samarbetet mellan kommun och landsting är att det klargörs tydligt vem av parterna som skall stå för kostnaderna så att den enskilde inte kommer i kläm.”

Handikappföreningarnas samarbetsorgan (HSO) i Stockholms län har i skrivelse den 8 september 2003 lämnat följande synpunkter:

”Motionärerna pekar på problem som behöver lösas. Brister i rehabiliteringskedjan för yngre som fått en hjärnskada kan få mycket negativa konsekvenser för individen. Föreningen Hjärnkraft utvecklar närmare i ett yttrande sina synpunkter på problematiken kring rehabilitering. Föreningen för utvecklingsstörda Barn, Ungdomar och Vuxna, FUB stöder motionen. HSO instämmer i motionens syfte och bifogar yttrande från Hjärnkraft.”

Riksföreningen Hjärnkraft Stockholms län har i skrivelse den 19 augusti 2003 lämnat följande synpunkter:

”För ca 15 år sedan då Riksföreningen Hjärnkraft startade var en av de verkliga hjärtefrågorna att förhindra att unga människor som fått en förvärvad hjärnskada hänvisades till långvården med beskedet ’icke rehabiliteringsbar’.

Sedan dess har mycket förändrats. T ex har lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och lagen om assistansersättning (LASS) tillkommit och för många inneburit ett kvalitativt bättre liv.

Tyvärr har vi under de senaste åren fått indikationer om att andelen med förvärvade hjärnskador som vårdas på kommunala äldreboende ökat.

I dagsläget är Hjärnkraft av den uppfattningen att när patienten är så att säga färdigbehandlad har kommunerna inget bra alternativ för den som har blivit mycket svårt skadad, utan det blir äldreboende som gäller för denna grupp av patienter. När de väl har kommit in på ett äldreboende så händer ingenting mer, utan den hjärnskadade blir ett kolli.

Hjärnkrafts ena motto är att den som har en förvärvad hjärnskada skall ha en obruten rehabiliteringskedja. Redan när patienten är så att säga färdigbehandlad vet man en hel del om vilket långsiktigt behandlingsbehov den hjärnskadade har.

Önskvärt vore att en särskild avdelning på ett rehabiliteringshem var till för den som fått en förvärvad hjärnskada. Det är så mycket mer än ’bara förlamning’ för denna grupp av patienter som gör att det ställs stora krav på kompetens på den personal som vårdar den som har en hjärnskada.

Som motionärerna så riktigt påpekar hamnar den som fått en förvärvad hjärnskada alltför ofta 'mellan stolarna' och vårdinsatserna fördröjs.

Alternativ till rehabiliteringshem

Medicinskt stöd

Inom Hjärnkraft har vi länge ansett att det borde finnas möjlighet att få medicinskt stöd för vårdkrävande långtidssjuka i gruppboheter och hemmiljö i form av mobila team.

Sammanhållen rehabiliteringskedja

Ett kritiskt skede i rehabiliteringskedjan är överföringen mellan ansvariga huvudmän. Det krävs att försäkringskassa, landsting, kommun, arbetsgivare och andra berörda aktörer, hittat varandra i ett effektivt samarbete som skapar kontinuitet och fortsatt sammanhållen optimal rehabilitering.

Behov av specialistkompetens

Personer med förvärvade hjärnskador har svårigheter som är så komplexa att det behövs kunskaper från olika specialitetsområden för att verksamheten ska bli optimal. Det är nödvändigt att personalen har en gedigen utbildning i hur hjärnan fungerar och vilka funktionsnedsättningar som kan bli följden när den skadas. Arbetet måste grundas på ett neuropsykologiskt och rehabiliterande synsätt och ske med stor respekt för individen och med helhetssyn.

De redan tidigt uppenbart svårt skadade patienterna remitteras antingen till rehabilitering, oftast på medicinsk rehabiliteringsenhet eller, de allra mest svårt skadade, till sjukhemspacering. Dessa personer är ofta beroende av återkommande rehabilitering under kanske hela livet, behöver olika typer av hjälpmedel, kan behöva återkommande insatser från sjukvården. Det är oftast de närstående som får försöka hitta rätt väg.

Utredning

En medicinskt och psykosocial utredning skall inledas omgående. Utredningen skall ha ett helhetsperspektiv och ge besked om skador, funktionshinder, personlighet, nätverk, arbete, intressen, livsmål m m.

Rehabiliteringsprogram

Med utredningen som grund skall ett skriftligt rehabiliteringsprogram utarbetas och delas ut till alla berörda. Programmet skall hållas aktuellt och utvärderas.

Rehabiliteringslag med samordnare

Ett rehabiliteringslag skall bildas för att verkställa rehabiliteringsprogrammet. Laget skall bestå av berörda, med den skadade i centrum,

LS 0304-1484

funktionstränare/specialister med neurologiska insikter. Arbetsuppgifterna fördelas i laget. En intresserad och kunnig samordnar skall utses, som ser till att det som beslutats blir gjort.

Hjärnkrafts synpunkter på behovet av återkommande funktionshöjande/funktionsbevarande rehabilitering:

Individuella rehabiliteringsprogram

Det skall utarbetas individuella rehabiliteringsprogram som utgår från individen. Det innebär att omgivningen har till uppgift att skapa en rehabiliteringsmiljö som ger den skadade motivation och stimulans att rehabilitera sig.

Samordning och stimulans

En person med förvärvade hjärnsador behöver olika medicinska åtgärder, omvårdnad och rehabilitering i varierande grad, beroende på skadorsak och skadans omfattning. Det är viktigt att fysisk och neuropsykologisk rehabilitering går hand i hand. Rehabiliteringen måste utformas och läggas på rätt nivå för den skadade. Om träningsmetoderna ligger på låg nivå får den skadade för lite stimulans och om den ligger på för hög nivå, kan den skadade inte ta till sig stimulansen och därmed sker inte någon utveckling. Det är viktigt att de ansvariga för hjärnskaderehabiliteringen inkluderar nya rehabiliteringsmetoder som komplement till den mest traditionella rehabiliteringen.

.Neuropsykologiska åtgärder som omfattar träning av kognitiva funktioner och kompensationsstrategier, uppbyggnad av självförtroendet, social kompetens, emotioner, kris/stödsamtal och fortlöpande uppföljning av funktionsnivå.

.Logopediska åtgärder som omfattar träning avseende sväljning, röst, tal och språk.

.Arbetsterapeutiska åtgärder som omfattar vakenhetsstimulering, träning av personlig omvårdnad/ADL, kontrakturprofylax och handfunktionsträning, träning av perceptuella och kognitiva funktioner, hjälpmedelsutprovning, arbetsanpassning och boendeanpassning.

.Sjukgymnastiska åtgärder som omfattar vakenhetsstimulering. Andningsträning, behandling av tonusproblematik, kontraktur- och trombosprofylax, rörelseträning, mobilisering, sensorimotorisk stimulering, smärtbehandling och hjälpmedelsprovning.

LS 0304-1484

.Farmakologisk behandling för att motverka beteendestörningar, oro, ångest, depression, aggressivitet och epilepsianfall.

Trygghet och kontinuitet

Det är viktigt att anhöriga och skadade känner sig trygga i kontakterna med personalen. I rehabiliteringsteamet bör utses en kontaktperson som ansvarar för den långsiktiga kontakten med den skadade och de närstående.

De närstående – en resurs

De närstående är en viktig resurs i rehabiliteringen genom att de har en nära kunskap om den skadade, det liv, intressen och värderingar han/hon hade före skadan. Det kan också ge information om den skadades behov och hjälpa till att tolka känsloreaktioner och beteenden. De kan också ge ovärderligt emotionellt stöd och motivation till den skadade i rehabiliteringsprocessen.

Liv som räddas skall också levas, och den som har en förvärvad hjärnskada skall också ha ett värdigt liv.

Med hänvisning till vad som ovan skrivits vill vi med eftertryck stödja motionen om att Landstinget beslutar om att ge hälso- och sjukvårdsutskottet i uppdrag att tillsammans med kommunerna starta en försöksverksamhet med rehabiliteringshem för vårdkrävande och långtidssjuka patienter. ”

Hjärt- och lungsjukas länsförening har i skrivelse den 12 augusti 2003 meddelat att man instämmer i de förslag som motionärerna lämnat.

SRF Stockholms och Gotlands län har i skrivelse den 1 september meddelat att:” Vi har inga särskilda synpunkter på motionärernas förslag.”