

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

### **Ärendet**

Länshandikapprådet har för yttrande erhållit rubricerade motion och med anledning därav begärt in synpunkter från länets handikappföreningar.

### **Förslag till beslut**

Landstingsstyrelsen föreslås besluta föreslå landstingsfullmäktige

*att* med beaktande av inkomna synpunkter från handikappföreningarna i länet anse motionen besvarad.

### **Bakgrund**

Motionärerna pekar på brister i rehabiliteringskedjan för yngre som förvärvat en allvarig hjärnskada och föreslår därför att landstingsfullmäktige ger hälso- och sjukvårdsutskottet i uppdrag att tillsammans med kommunerna starta en försöksverksamhet med rehabiliteringshem för vårdkrävande och långtidssjuka patienter.

### **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 Hjämkraft 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**

Bilagor

Motion 2003:33

**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:

”Motionärena 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 gruppboende 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 specialistområden 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 sjukhemsplacering. 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 rehabiliterings-programmet. Laget skall bestå av berörda, med den skadade i centrum, 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 hjärnskador 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.

. 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.”

Inge-Britt Lundin  
Enhetschef