



Åter till livet

Om rehabilitering – fysiskt, psykiskt, socialt och existentiellt – av personer som lämnat det aktiva arbetslivet och nått de seniora åren

En rapport från Kristdemokraterna Seniorförbundet

En gemensam värdegrund för vårdens olika huvudmän

ETIK I VÅRDEN HANDLAR om att värna människovärdet. När vi upptäcker att det blir fel i hur vården fungerar, måste vi säga till och göra något åt det. Dessutom – dagens och framtidens befolkningsutveckling med allt fler äldre personer som lever allt längre ställer geriatriken inför stora och särskilda etiska utmaningar.

Statens medicinsk-etiska råd har valt den humanistiska människosynen som bas för etiska ställningstaganden inom vården. Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Huvudbegreppen är kvalitet, trygghet, lättillgänglighet, respekt, integritet, samråd, förebyggande, självbestämmande och goda kontakter.

Att lyssna till hur en person i behov av rehabilitering har det i vardagen – både fysiskt, psykiskt, existentiellt och socialt – är givetvis viktigt och borde vara en alldeles självklar uppgift. I dagens vård är detta en uppgift som tyvärr ofta glöms bort.

Men hur förverkligas hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen i konkreta beslut ifråga om människor i behov av rehabilitering fysiskt, psykiskt, existentiellt och socialt?

REHABILITERINGEN AV ÄLDRE personer i vårt samhälle uppvisar allvarliga brister på grund av att samverkan mellan och inom olika huvudmän i landsting och kommun inte fungerar som den borde. Att människor kommer ”i kläm” mellan olika vårdgivare medför att de inte får den uppföljning och rehabilitering de är berättigade till. Resultatet blir ett ökat lidande och ett misstroende för vården och omsorgen.

Olika värdegrunder hos de olika huvudmännen styr den vård och behandling som patienten/brukaren får. I landsting och kommun används visserligen samma ord och begrepp, men beroende på sammanhanget skiljer sig betydelsen och innehållet ibland och ibland inte. Dessutom, vaktslående kring revir och maktpositioner kan göra diskussionen mellan de olika huvudmännen ansträngd och blockera vägen till samsyn. Var för sig uppfattar nog alla aktörer, att de sätter patientens/brukarens intressen i centrum. I själva verket händer det att vårdtagaren ”slits itu” genom huvudmännens positionerande utifrån sina respektive särintressen.

Seniorförbundet vill framhålla vikten av en helhetssyn, i all vård och omsorg, med patienten/brukaren i centrum. Ett gott bemötande och ett rehabiliterande förhållningssätt kan inte begränsas till vissa delar av vården utan måste genomsyra all vård, behandling och omvårdnad. Med en gemensam vårdideologi för landsting och kommun skapas vårdkvalitet, och då kan kvalificerade resultat nås.

VI EFTERLYSER DÄRFÖR,

- En gemensam värdegrund för rehabilitering – fysiskt, psykiskt, existentiellt och socialt – också av de patienter som lämnat arbetslivet och nått senioråren.
- En tydlig och enhetlig definition av begreppet rehabilitering.
- Ett rehabiliterande förhållningssätt i all hälso- och sjukvård.
- Specialutbildning i geriatrik för alla yrkesgrupper som arbetar med äldre – både inom landstingen och i kommunerna.
- En väsentligt bättre samverkan mellan och inom hälso- och sjukvårdens olika huvudmän i landsting och kommun ifråga om äldres rehabilitering.

För Seniorförbundet i december 2008

Leif Hallberg

Monica Nilsson

Gunbritt Lindén Parsmo

Berit Wirödal

Vården behöver ett tydligare rehabiliteringsbegrepp

Begreppet rehabilitering används i många olika sammanhang men ges olika betydelse beroende på vilken vårdgivare som använder det. I det idag gängse rehabiliteringsbegreppet finns inte individperspektivet utan ett ”myndighetsperspektiv”, dvs begreppet är uppdelat i medicinsk, social och arbetslivsinriktad rehabilitering. De olika begreppsinnebördena kopplar, enligt skilda lagrum, i sin tur till arbetsgivarens, skilda myndigheters och de olika huvudmännens ansvarsområden.

För äldre och personer med funktionshinder är det främsta hindret det delade ansvaret mellan landsting och kommun. Även för barn och ungdomar kan ansvaret för åtgärder vara delat på liknande sätt. Dessutom finns otydligheter i ansvaret mellan de olika vårdnivåerna inom ett och samma landsting.

Begreppet rehabilitering bör vara gemensamt för samtliga vårdgivare och utgå ifrån den definition som ges i FN:s standardregler. I dessa preciseras vilka förutsättningar som krävs för delaktighet och jämlikhet i samhället.

Rehabilitering definieras på följande sätt:

Begreppet ”rehabilitering”, som betyder att återinsätta i livet, avser en process som syftar till att människor med funktionsnedsättningar ska uppnå och behålla bästa möjliga fysiska, intellektuella, psykiska och/eller sociala funktionsförmågor och att ge dem möjligheter att förändra sitt liv och uppnå ett större livsvärde.

Att försöka skapa en begreppsklarhet i gränslandet mellan hälso- och sjukvårdslagen (HSL) å ena sidan och socialtjänstlagen (SoL) å den andra är därför nödvändigt. Patienten/ Brukaren bryr sig inte om huruvida de insatser han eller hon får utgår från den ena eller andra lagen. Det viktiga är att insatserna ges på ett tryggt och säkert sätt.

Socialstyrelsen ger i sina publikationer exempel på att gränsen mellan HSL och SoL flyter både ifråga om insatsernas utförande och vad gäller dokumentationen. Därför måste verksamheterna skapa utrymme för en dialog mellan olika vårdyrkesgrupper och funktioner med målsättningen att de ska ”tala samma språk” med varandra. Ord och begrepp som används i verksamheterna måste förklaras och ges en liktydig innebörd. Dokumentationen får inte föras som personalens egen dagbok utan ska professionellt ange vilken behandling patienten fått och resultatet av denna behandling.

Samverkan för äldres rehabilitering

På senare år har vårddygnet för patienter på sjukhusen blivit allt färre. Därmed har behovet ökat av ett noga utarbetat och väl organiserat samarbete mellan landsting och kommun. I sjukhusens vårdplanering måste ingå att möjliggöra att patienten får en god vårduppföljning och, vid behov, rehabilitering med kontinuitet och kvalitet vid återkomsten till hemkommunen.

Inställningen till rehabilitering

I hälso- och sjukvårdslagen anges, att även kommunen ska svara för att tillgodose behovet av habilitering, rehabilitering och dithörande erforderliga hjälpmedel. Trots detta härskar på många håll en inställning till rehabilitering som gör att denna viktiga vårdinsats eftersätts. Orsaken kan vara att rehabilitering uppfattas som en diffus åtgärd. Gemensamma riktlinjer för rehabilitering saknas.

En annan viktig orsak är att de olika huvudmännen skjuter ifrån sig ansvaret för insatser och betalning för rehabilitering. Fångade var och en i sitt revirtänkande försummar man ansvaret för att motivera patienten/ brukaren till rehabilitering och därmed en förbättrad livskvalitet.

Våra förslag och motiveringar

Människan i centrum – istället för vårdens organisatoriska strukturer och enheter

Inställningen till rehabilitering är givetvis olika beroende på var i vårdorganisationen frågan ställs. Alla vårdaktörer runtom patienten/brukaren bör vara klart medvetna om rehabiliteringens många positiva effekter både sett till humanvärdet och ekonomin. Att kunna bestämma över sig själv och sin egen vardag är viktigt för både självkänsla och livskvalitet hela livet igenom.

Samverkan mellan vårdgivare ska utföras på ett säkrare och mer tillförlitligt sätt än vad som nu är fallet. Vi föreslår att det för en fungerande rehabilitering ska finnas en gemensam definition, en värdegrund samt en beskrivning av rutiner, riktlinjer och arbetsmetoder som stödjer patient/brukarperspektivet. En helhetssyn kan aldrig skapas av en enda vårdyrkesgrupp, eftersom det här i hög grad handlar om ett genuint samarbete i en fungerande dialog med patienten/brukaren.

Genomförandeplanering: vårdplanering och rehabiliteringsplan

Vårdplaneringen ska utgå från individens behov och upprättas tillsammans med patienten/brukaren. Inför uppbrottet från sjukhusvistelsen och planeringen för hemgång är det oftast bra om patientens/brukarens närstående också deltar i planeringen. Även representanter för hemsjukvård/kommun bör finnas med.

I mötet med patienten/brukaren avgörs om och i vilken grad det bör bli fråga om rehabilitering. Många ensamstående äldre upplever stark otrygghet i sin situation med ångest och oro som följd. Det är alltid individens behov och möjligheter som ska styra den rehabiliterings- och vårdplanering som kan hjälpa individen åter till både fysisk och psykisk hälsa med styrka i vardagslivet.

En rehabiliteringsplan ska upprättas där målet bör vara att man ser till det friska och till att individen åter ska kunna leva ett gott och meningsfullt liv.

Samarbete och närståendes delaktighet – en självklarhet

I kommuner och landsting där landstinget fortfarande har ansvaret för hemsjukvården i ordinärt boende bör hemrehabiliteringen utvecklas i samarbete med patienten/brukaren och dennes närstående och med representation från båda huvudmännen. Landsting (primärvård) som utan att samarbeta med kommunen utvecklar hemrehabilitering kommer att i olika grad möta svårigheter, när det gäller att utveckla ett rehabiliterande arbets- och förhållningssätt.

Ett för patienten/brukaren tillfredsställande resultat och en väl fungerande livssituation förutsätter i de allra flesta fall att även de närstående är delaktiga i planeringen, utförandet och utvärderingen av rehabiliteringen.

Äldrevårdscentraler och MAR

Samverkan mellan olika vårdgivare bör utföras på ett säkrare och mer tillförlitligt sätt än vad som nu är fallet.

Vi föreslår därför att det för en fungerande rehabilitering med patienten/brukaren i centrum ska finnas en gemensam definition, värdegrund och beskrivning för de olika huvudmännen i vården.

Vi stöder dessutom förslaget att som specialitet vid större sjukhus i Sverige inrätta äldrevårdscentraler med samordnad rehabilitering. Dessa centraler kan gärna vara både äldrespecialist-mottagning och tjäna som kompetenscentrum för övriga vårdgivare i länet.

För att utveckla rehabiliteringen och ge denna ett större utrymme i vården föreslår vi, att landets kommuner satsar på att inrätta tjänster för medicinskt ansvariga arbetsterapeuter eller sjukgymnaster för rehabilitering (MAR). I de kommuner i Sverige där detta redan skett, t ex Stockholm och Östersund, har detta utfallit väl.

I MAR-personalens ansvar bör ingå att se till att vårdtagarnas behov av rehabilitering tillgodoses på ett tryggt och säkert sätt (HSL § 24). Rehabilitering kan efter rehabiliteringsplanering sedan utövas av all personal i olika grad i olika situationer. Detta för att återvinna, bibehålla och utveckla patientens/brukarens funktionsförmågor och motverka eller åtminstone fördröja en försämring av dessa.

Detta bör vara rehabiliteringens målsättning.

Ett gott bemötande och ett rehabiliterande förhållningssätt får inte begränsas till vissa delar av vården, utan måste **genomsyra all vård, behandling och omvårdnad**. Med en gemensam vårdideologi för landsting och kommun kan kvalificerade vårdresultat nås.