

Svar från S, V och MP

Frågor om hjälpmedel:

För hjälpmedel gäller "*Handbok för personliga hjälpmedel*" samt "*Processen för ändringar i handboken*". Många medlemmar upplever att dessa beslutsunderlag begränsar möjligheten för oss brukare att kunna använda tilldelade hjälpmedel. Utbudet är mycket begränsat och passar inte alla brukare. Har du personliga önskemål, exempelvis kamrade hjul, beviljas detta i en region (Halland) men inte i VGR. Svaret kan bli: "Vill du ha det får du köpa det själv" utan hänsyn till lika möjligheter att delta i samhället. Tilldelningen är mycket begränsad. Du kan, exempelvis, beviljas en rullstol att använda inomhus, för att klara livsnödvändigheter, men inte en för utomhusbruk. "Den behöver du inte. Den får du köpa själv".

1. Hur vill du och ditt parti arbeta för att "Hjälpmedelshandboken" ska bli till hjälp för att användaren ska få rätt hjälpmedel och att kunna använda dessa hjälpmedel efter behov för att slippa leva ett liv som är begränsat av sin funktionsnedsättning?

Vi vill att Hjälpmedelshandboken ska vara ett stöd för att människor får rätt hjälpmedel utifrån sina faktiska behov i vardagen – inte ett dokument som i praktiken begränsar möjligheten till delaktighet och självständighet. I det underlag vi fått från hjälpmedelsfunktionen beskrivs handbokens syfte som att skapa en gemensam grund för förskrivning, säkerställa en jämlik och säker tillgång till hjälpmedel och tydliggöra ansvar.

För oss räcker det dock inte att intentionen är god på papperet. Om brukare upplever att utbudet är för snävt, att individuella behov inte möts eller att människor hänvisas till att köpa hjälpmedel själva, då behöver regelverket ses över. Vi vill därför att handboken utvecklas i en riktning där den individuella behovsbedömningen stärks, där funktion i vardagen väger tungt och där jämlikhet mellan olika delar av regionen följs upp tydligare. Vi ser också positivt på att det redan pågår en genomlysning av vilka hjälpmedel som är förskrivningsbara och en översyn av organisation och arbetssätt inom hjälpmedelsområdet.

2. Hur ser du och ditt parti på brukarinflytande i det fortsatta arbetet med riktlinjer för bedömningar för hjälpmedel t.ex. vid uppdatering av Hjälpmedelshandboken? Detta saknas helt idag trots lagens intentioner.

Vi tycker att brukarinflytandet behöver stärkas betydligt. Den som själv lever med funktionsnedsättning eller kronisk sjukdom har erfarenheter som måste tas på allvar när riktlinjer, bedömningsstöd och uppföljning utvecklas. För oss är det en självklar utgångspunkt att patienter och brukarorganisationer inte bara ska informeras i efterhand, utan vara med tidigare i processen när riktlinjer tas fram eller ändras.

Det ligger också i linje med den bredare inriktning som vi driver i vården: patientens erfarenheter ska tas tillvara, vården ska utvecklas i samråd mellan medarbetare och patient och vården ska vara personcentrerad och utgå från patientens behov.

Vi har tagit initiativ till mer patientdrivet utvecklingsarbete, där rehabiliteringen är först ut. Men det behövs på fler områden. Vi vill därför att brukarorganisationer som Neuroförbundet ges en tydligare och mer strukturerad roll vid uppdatering av hjälpmedelsrelaterade riktlinjer och att det också finns former för återkoppling om hur synpunkter har tagits om hand.

3. Många får betala hjälpmedel själva eftersom deras ansökan avslås av oklara anledningar, ibland inte ens i text förklarar. Hur vill du/ditt parti säkerställa att hjälpmedel tilldelas och vid avslag det ges en skriftlig, tydlig motivation?

Vi anser att beslut om hjälpmedel måste vara både rättssäkra och begripliga. Om en person får avslag på en ansökan om hjälpmedel ska det alltid framgå tydligt varför, på vilka grunder bedömningen gjorts och vad den enskilde kan göra vidare. Det är inte rimligt att människor lämnas med oklara besked i frågor som påverkar möjligheten att leva ett självständigt liv. Vi vill därför se tydligare krav på skriftliga motiveringar vid avslag, bättre information till patienten och en mer enhetlig tillämpning i hela regionen. För oss handlar detta både om rättssäkerhet och om respekt för patienten. Om systemet upplevs som godtyckligt riskerar tilliten till vården att minska, och det är särskilt allvarligt för grupper som redan är beroende av samordnade och långsiktiga insatser.

4. Hur vill du och ditt parti säkerställa att medlemmar med neurologiska och kroniska diagnoser ska få de hjälpmedel som man behöver?

I Västra Götaland inte är diagnosen i sig som ska avgöra tillgången till hjälpmedel, utan funktionsnedsättningen och hur den påverkar det dagliga livet. Samma regelverk och försörjningsavtal ska också gälla för alla vårdgivare i regionen.

Det är en viktig princip, men den måste också fungera i praktiken. Vår utgångspunkt är att personer med neurologiska och kroniska diagnoser ofta har långvariga, sammansatta och föränderliga behov. Därför behöver hjälpmedelsförskrivningen vara mer lyhörd för hur behoven faktiskt ser ut över tid, inte bara för vad som bedöms som absolut minimum här och nu. Vi vill stärka uppföljningen av om tillgången verkligen är jämlik, motverka att kostnader vältras över på individen och se till att regionens styrning utgår från behov och delaktighet – inte från att pressa ned utbudet.

Frågor om rehabilitering:

Neurologiska sjukdomar och diagnoser är ofta kroniska tillstånd med progressivt förlopp. För dessa patienter är det fel att stoppa träning hos fysioterapeut efter ett visst antal tillfällen vilket nu ofta sker.

5. Hur vill du och ditt parti säkerställa att personer med kroniska neurologiska diagnoser får en individuell rehabiliteringsplan som ger rätt till återkommande långsiktig rehabilitering anpassad efter individens behov?

RödGrön Ledning har genom initiativ i de delregionala nämnderna Göteborg och Västra, samt Strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden börjat ett införande av patientdrivet utvecklingsarbete gällande just rehabilitering. Det allra bästa är att på ett systematiskt sätt få in synpunkter och nulägesbild från de som själva tar del av rehabiliteringen i syfte att göra den bättre.

Vi delar bilden att rehabilitering vid kroniska neurologiska tillstånd inte kan behandlas som en kortvarig insats. I underlag om vårdval rehab framgår att neurovårdsteamens patienter ofta har omfattande, komplexa och långvariga behov av sammansatt rehabilitering och att deras behov inte kan jämföras med patientgrupper som har större egenvårdskapacitet. Det framhålls också att generella begränsningar riskerar att hämma behovsanpassad rehabilitering och skapa ojämlikhet.

Vår linje är därför att rehabiliteringen ska vara mer individanpassad, mer teambaserad och mer långsiktig. Personer med kroniska neurologiska diagnoser ska inte falla ur systemet därför att de nått ett visst antal besök eller därför att ersättningsmodellerna premierar enklare insatser framför komplexa behov. Vi vill att rehabiliteringsplaner ska utgå från patientens faktiska funktionsnivå, livssituation och förändrade behov över tid, och att det ska finnas bättre förutsättningar för återkommande insatser när det behövs.

6. Extern rehabilitering utomlands, typ Vintersol, har tagits bort trots att kostnaden är lägre och att många medlemmar upplever att den ger bättre resultat än motsvarande rehab i Sverige, särskilt under vinterhalvåret.

Vi ser inte att Västra Götalandsregionen ska återgå till utlandsrehabilitering genom Vintersol. Detta beslut är taget av professionen då deras bedömning är att lika bra vård kan ges i Sverige. Det är inte en bra ordning att politiskt göra en annan bedömning än professionen i medicinska frågor.

I dag erbjuds fortsatt intensiv rehabilitering i Sverige, bland annat vid Mösseberg, och den förändringen har enligt det underlag vi tagit del av inte gjorts av ekonomiska skäl. Specialistbedömningen har också varit att det inte finns tydligt stöd för att just klimatet utomlands ger bättre resultat än motsvarande rehabilitering i Sverige.

Vårt fokus är därför att stärka tillgången till högkvalitativ, intensiv rehabilitering här hemma och säkerställa att patienter får den rehab de behöver utifrån medicinska behov — inte att återinföra Vintersolprojektet.

7. Hur ser du och ditt parti på möjligheten för ett återinförande av utlandsrehabilitering för vissa patientgrupper och att ta in offerter från Vintersol och liknande utlandsrehabilitering som jämförelse?

Vintersol ägs av bland annat VGR genom Sveriges Kommuner och Regioner, men används i princip inte av någon av Sveriges regioner. Självklart kan man ta in prisuppgifter, men även andra frågor behöver tas in än pris. Exempelvis beredskap och säkerhet, vårdkvalitet och klimataspekter.

Vi delar inte synen att nära vård ska användas som ett sätt att dra sig undan ansvar eller föra över kostnader och vårdtyngd på patienten. I de underlag som finns kring det nya hälso- och sjukvårdsavtalet beskrivs att individens behov ska vara den gemensamma utgångspunkten – inte gränsdragningar eller ansvarsområden – och att arbetet ska ske i partnerskap, gränsöverskridande team och med fokus på att vara hälsofrämjande, förebyggande och rehabiliterande.

Nära vård måste enligt vår mening betyda mer sammanhållen, mer tillgänglig och mer personcentrerad vård – inte mindre vård. Även i planeringsunderlagen beskrivs nära vård som ett arbetssätt där primärvården är navet, där vården ska vara samordnad, trygg och utformad utifrån invånarens behov.

Vår kommentar är därför tydlig: kroniskt sjuka patienter ska inte nedprioriteras i omställningen. Tvärtom måste regionen säkerställa att personer med stora och återkommande behov får bättre kontinuitet, tydligare vårdvägar och starkare samverkan mellan region och kommun.

Frågor om nära vård:

8. Det nya hälso- och sjukvårdsavtalet som skall gälla från 1/1 2027 bygger på en nationell strategi "God och nära vård", i klartext hälso- och sjukvård i hemmet. Många av våra medlemmar ser en risk att den nationella strategin "God och nära vård" kan bidra till att kroniska patienters vård nedprioriteras och överförs till egenvård för att spara pengar. Vad är er kommentar?

Vi delar inte bilden att omställningen till god och nära vård ska innebära att kroniskt sjuka patienter får mindre vård eller lämnas över till egenvård för att spara pengar. I underlagen till det nya hälso- och sjukvårdsavtalet beskrivs i stället att individens behov ska vara den gemensamma utgångspunkten, inte gränsdragningar eller ansvarsområden, och att arbetet ska vara hälsofrämjande, förebyggande och rehabiliterande.

För oss ska nära vård betyda mer samordnad, trygg och personcentrerad vård nära patienten – inte en övervältring av ansvar från vården till den enskilde. Planeringsunderlagen beskriver också nära vård som ett arbetssätt där vården ska utformas utifrån invånarens behov, vara samordnad och stärka patientens delaktighet.

9. Egenvård skall prioriteras i det nya avtalet och då gäller ”Lag om egenvård, 2022:1250”. Många av våra medlemmar känner oro för att ”Egenvård i hemmet” inte omfattas av hälso- och sjukvårdslagen. Hur vill du och ditt parti säkerställa patientsäkerheten och brukarinflytandet vid egenvård i hemmet?

Egenvård får aldrig bli en gråzon där patienter eller anhöriga lämnas ensamma med ansvar som egentligen kräver hälso- och sjukvårdens stöd. I planeringsunderlagen beskrivs nära vård som något som omfattar både egenvård, inklusive medicinskt bedömd egenvård, och digital och fysisk vård. Samtidigt betonas delaktighet, samordning och att vården ska utgå från invånarens behov.

För oss betyder det att egenvård alltid måste föregås av en tydlig medicinsk bedömning, att ansvarsfördelningen måste vara klar och att patienten ska veta vart man vänder sig om något förändras. Patientsäkerheten kräver också att det finns fungerande samverkan mellan regionens vård och kommunernas verksamheter, något som återkommer i både avtal, planeringsunderlag och andra interna underlag om nära vård.

Brukarinflytandet måste samtidigt vara reellt. Patienten och närstående ska vara delaktiga i planeringen, få begriplig information och inte behöva uppleva att ansvar flyttas över utan stöd, uppföljning och möjlighet till kontakt med vården.