



2011 -04- 27

Luleå

Protokoll från

## Länshandikapprådet

Tid och plats

Fredagen den 8 april 2011 kl 10.00–14.45 i Landstingshuset, Luleå  
(styrelserummet)

### Närvarande

Britt Westerlund, NLL (S), ordförande	Inger Johansson, HSO
Laila Niia, NLL (NS), §§ 1–8	Kristina Hjort, HSO
Katarina Palm, Kommunförbundet (V)	Gerd Rönnqvist, HSO
	Ivan Åberg, HSO
	Lars Sundling, SRF

### Övriga

Torgny Karlsson, DHR, tjänstgörande ersättare	Kerstin Sandberg, Sekretariatet, § 5
Jeanette Nordberg, division Medicinska specialiteter, §§ 1–4	Eva Engman, Projekt VIVA, § 6
	Dennis Kvist, sekreterare

Dennis Kvist

Justeras den

18 / 4

2011

Justeras den

21 / 4

2011

Britt Westerlund

Ivan Åberg

## **§ 1 Sammanträdets öppnande**

Britt Westerlund hälsade ledamöterna välkomna och förklarade sammanträdet öppnat.

## **§ 2 Val av protokolljusterare**

Ivan Åberg valdes att tillsammans med ordföranden justera protokollet.

## **§ 3 Godkännande av föredragningslistan**

Föredragningslistan godkändes med följande tillägg:

- 1 Vård utanför länet för vissa patientgrupper.
- 2 Försäkring av hjälpmedel.

## **§ 4 Översyn av rehabiliteringen i Norrbotten**

Jeanette Nordberg, enhetschef, Garnis rehabcenter redovisade översynen av rehabiliteringsverksamheten i landstinget under 2009–2010.

Våren 2009 uppdrog divisionscheferna inom Primärvård och Medicinska specialiteter åt en grupp att se över hur öppenvårdsrehabiliteringen utifrån att den hade olika förutsättningar och inte var likvärdig i alla delar av länet. Hösten 2009 vidgades översynen till att omfatta all rehabilitering, alltså även sjukhusens rehabilitering och specialistrehabiliteringen.

Gruppen enades om Socialstyrelsens definition av rehabilitering: ”Insatser som ska bidra till att en person med förvärvad funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, återvinner eller bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet.”

Uppdraget rörde grupper med sammansatta och långvariga behov. Rehabiliteringen ska ges utifrån behov och på rätt nivå. Övergångarna mellan nivåerna ska vara säkra. Verksamheterna måste bli bättre på att samverka. Dokumentation ska vara tydlig så att alla inblandade förstår den.

Bland frågeställningar/utvecklingsområden som belysts kan nämnas långa avstånd, omvårdnadsbehovet, vardagsrehabilitering, t ex hygien, övergången från landstinget till hemmet, samarbete med kommunerna i form av stöttning av hemtjänstpersonalen och logopedin. För logopedins del bedöms det behövas mer resurser på nivåerna 1 och 2.

Nivåstruktureringen ser ut på följande sätt:

- Nivå 1:
  - Primärvård.
  - Generellt perspektiv.
- Nivå 2:
  - Fem sjukhusområden.
  - Ansvar för rehabiliteringen inom respektive område.
  - Specialiserat perspektiv, teambaserad rehabilitering, fördjupad kompetens och mer resurser än nivå 1.
  - Sluten- eller öppenvård.
- Nivå 3:
  - Länsjukvården vid Sunderby sjukhus, rehabiliteringsuppdraget gäller hela länet.
  - Teambaserad rehabilitering, mer resurser och fördjupad kompetens inom sitt specifika område jämfört med nivå 2.
  - Sluten- eller öppenvård.
  - Läkare med specialistkompetens inom rehabiliteringsmedicin eller reumatologi.
  - Utredningar och rehabiliteringsåtgärder, kan också vara en första instans.

Chefer inom öppenvårdsrehabiliteringen är följande personer: Carina Jonasson (rehabcentrum i Luleå och hemrehabteamet i Boden), Anita Gustavsson (Piteå), Marit Eden (Kiruna), Astrid Lindberg, (Kalix) och Ulla Stranius (Gällivare).

På nivå 1 ska patienter vårdas som inte bedöms kräva specialistsjukvårdens resurser och/eller särskilda kompetens. På nivå 2 finns bl a multimodala team som består av flera kompetenser. Garnis rehabcenter kommer att arbeta med individuella rehabiliteringsprogram. Tidigare har man mest arbetat med gruppbehandling. Garnis kommer inte att ha några reumatologiska patienter utan endast neurologiska patienter i fortsättningen.

Rehabiliteringen sker förutom på Garnis även på avdelning 41, Sunderby sjukhus och neurorehabmottagningen. Andelen reumatologiska patienter med rehabiliteringsbehov har minskat p g a nya läkemedel.

Logopedresurser saknas i dagsläget på nivåerna 2 och 3.

Överenskommelsen om rehabiliteringsansvar, som ska beslutas i ledningsgruppen, omfattar de verksamheter som ingått överenskommelsen och avser de patienter som har sammansatta, långvariga och ibland återkommande behov av rehabilitering. Den stödjer remitterter i beslut om vart patienten ska remitteras för rehabilitering, d v s till rätt rehabiliteringsnivå utifrån aktuellt behov. Stödjer mottagande enheter i remissbedömning. Rehabiliteringen ska vara likvärdig, inte lika.

En uppföljning av förändringarna kommer att ske. Respektive nivå har ansvaret att implementera den nya organisationen och arbetssättet. Arbetet kommer således att fortsätta.

Powerpointbilder skickas ut tillsammans med protokollet.

Informationen lades med godkännande till handlingarna.

## § 5 Hälsa på lika villkor

Kerstin Sandberg, sekretariatet redovisade 2010 års enkät som skickades ut till slumpvis urval av norrbottningar t o m 84 år. Svarsfrekvensen (12 700 svar inkom) var ca 50 procent. Enkäten görs vart fjärde år, förra tillfället var alltså 2006.

Resultaten var sammanfattningsvis:

- Färre 45-åringar och äldre har en långvarig sjukdom /långvarigt hälso-problem 2010 än 2006.
- Bland de som har en långvarig sjukdom med nedsatt funktion har det skett en positiv utveckling bland äldre män och kvinnor mellan 2006 och 2010.
- Högst andel med starkt nedsatt funktion förekommer i åldersgruppen 55–64 år respektive 75–84 år. Bland kvinnorna är andelen högre i den yngre åldersgruppen.
- Andelen som tycker sig ha ett bra hälsotillstånd har ökat mellan 2006 och 2010. Ju yngre desto bättre hälsotillstånd.
- Bland personer med kort utbildning är det en mindre andel som anser sig ha ett bra hälsotillstånd jämfört med de som har längre utbildning. Samma är förhållandet mellan arbetslösa-yrkesarbetande, arbetare-tjänstemän och född i övriga Norden-född i Sverige.
- En högre andel kvinnor i åldern 45 år och äldre, jämfört med män i samma ålder, har svåra besvär av värk i rörelseorganen.
- Bland kvinnor i åldern 16–84 år har samma andel, 12 procent, svåra besvär av värk i rygg, höfter respektive nacke, skuldror.
- Färre män och kvinnor äter receptbelagd medicin mot värk 2010 jämfört med 2006.
- Fler äter medicin mot högt blodtryck 2010 än 2006. På lång sikt minskar dock hjärt- och sjukdomarna i Sverige.
- Astma är vanligare i Norrbotten än i riket i övrigt.
- Drygt åtta av tio i åldern 65–84 år kan med glasögon utan svårighet se och urskilja vanligt text i en dagstidning. I den äldsta åldersgruppen kan inte fem procent av männen och sex procent av kvinnorna urskilja texten.
- I åldersgruppen 65–84 år kan av de som har hörapparat 19 procent av männen och 9 procent av kvinnorna utan svårighet höra vad som sägs i samtal mellan flera personer. Relativt få äldre använder hörapparat.
- Det är relativt sett vanligare i Norrbotten än i riket att ha svårt att höra samtal och ha besvär av tinnitus (öronsusning).
- I Norrbotten upplevs ett mindre nedsatt välbefinnande än i riket. Män i åldern 16–44 år upplever dock ett sämre välbefinnande 2010 jämfört med 2006.
- Andelen som brukar känna oro eller ängslan är högre bland kvinnor än män. Högst är andelen hos kvinnor i åldern 16–29 år.

- Andelen som uppger sömnbesvär har minskat mellan 2006 och 2010.
- Den självrapporterade goda/mycket goda tandhälsan ökar i nästan alla åldersgrupper.
- Andelen med funktionsnedsättning (fungerar inte så bra i vardagen, nedsatt rörelseförmåga, syn- och hörselskadade m fl) ökar med stigande ålder.
- Jämförelse mellan personer med funktionsnedsättning, övriga och åldersgruppen 65–84 år:
  - Personer med funktionsnedsättning har en självrapporterad sämre tandhälsa Gruppen 65–84 år brukar rapportera sämre tandhälsa.
  - Personer med funktionsnedsättning har mer nedsatt välbefinnande.
  - Fler personer i åldersgruppen 65–84 år deltar i få sociala aktiviteter.
- Personer i åldersgruppen 16–29 år har i högre grad svårare att lita på andra eller känner sig oftare illa bemötta än personer med funktionsnedsättning.
- Jämförelse mellan personer med funktionsnedsättning, övriga och åldersgruppen 45–64 år:
  - Andelen med övervikt är högst i åldersgruppen 45–64 år.
  - Andelen med fetma är högst bland personer med funktionsnedsättning.
  - Rökning och snusning är vanligast i åldersgruppen 45–64 år.

Powerpointbilder skickas ut tillsammans med protokollet.

Informationen lades med godkännande till handlingarna.

Sammanträdet gjorde uppehåll för lunch mellan kl 12.15–13.00.

## § 6 Projekt VIVA

Eva Engman, Kvinnojouren i Norrbotten redovisade Projekt Viva (viva betyder leva).

Mäns våld mot kvinnor med funktionsnedsättning är en ”osynlig” fråga som är ett samhällsproblem. Dessa kvinnor är dubbelt utsatta på sin funktionsnedsättning och deras beroendesituation. Var tredje kvinna med funktionsnedsättning är utsatt för våld. Hälften får fysiska skador. Det är inte bara äkta män eller sammanboende som utövar våld utan även t ex vård- och färdtjänstpersonal. Det är därför mycket viktigt att omgivningen uppmärksammar och får kunskap om problemet.

Bakgrunden till projektet är en skrivelse från Synskadades Riksförbund (SRF) till Sveriges Kommuner och Landsting år 2007 om problemet med

mäns våld mot kvinnor med funktionsnedsättning. Skrivelsen skickades ut till alla kommuner i landet.

I Luleå kommuns socialnämnd fattades beslut om att handikappanpassa kvinnojourens lokaler, att verka för att handikappföreningarna och kvinnojouren möts för ömsesidigt utbyte, att göra en översyn av färdtjänstreglerna och kunna nyttja färdtjänst till annan kommun vid behov av skydd hos kvinnojour.

Mötet mellan handikappföreningarna och kvinnojouren resulterade i en ansökan till Allmänna arvsfonden som såg ett stort värde i projektet och ville att det skulle spridas i hela länet.

Projektet är treårigt med kvinnojouren i Norrbotten som projektägare och alltså finansierat av Allmänna arvsfonden. Det första året (mars 2009–juni 2010) pågick projektet i Luleå. År 2 (november 2010–december 2011) pågår det i östra Norrbotten och Malmfälten. År 3 (2012) pågår det i Fyrkanten och Piteå älvdal.

Samarbetspartners är kvinnojourerna, handikappföreningarna, handikappråden och ABF.

Projektet arbetar med kunskapsseminarier, informationsfoldrar, affischer och liknande, utbildningsaktiviteter, informationsträffar, samtalsträffar och uppmärksamhet i media.

På utbildningarna för personal inom kommunernas gruppboenden, hemtjänst m fl verksamheter har det bl a framförts önskemål om tydliga handlingsplaner och handledningar i sammanhanget. Det har lett till att några kommuner har utarbetat eller planerar att utarbeta sådana.

När projektet är avslutat är tanken att kommunerna ska driva frågorna vidare.

Det finns en länsarbetsgrupp där bl a Britt Westerlund, representerande LHR, och Kristina Hjort, representerande HSO, ingår.

Powerpointbilder skickas ut tillsammans med protokollet.

Informationen lades med godkännande till handlingarna.

## § 7

### Skrivelse om sjukresor

Vid Läns-handikapprådets och Läns-pensionärsrådets gemensamma sammanträde den 9 december 2010 behandlades en skrivelse av Thorsten Aasa, SPF med följande önskemål:

- 1 Resvägarna och tiden man åker blir så kort som möjligt.
- 2 Chaufförerna får så god information om resvägarna som möjligt.
- 3 Chaufförerna underrättas om den resandes hemadress.
- 4 Nyopererade (t ex höftledsopererade) slipper att trängas i trångt benutrymme (framsätet kan vara lämpligast).
- 5 Hälsotillståndet ska vara avgörande för vem som avlämnas först om det är praktiskt möjligt.

- 6 Chauffören hjälper samtliga passagerare in och ut från fordonet.
- 7 Samordningen inom sjukhusen, mellan avdelningar och mottagningar, för patienter som ska till samma ort förbättras (tillägg på förslag av Sven-Erik Eklund).

Råden ställde sig bakom förslagen och beslöt att överlämna skrivelsen till samordningsansvariga för sjukresor. Återrapportering ska ske senast under april 2011.

Svaret från de samordningsansvariga för sjukresor lyder som följer:

Fråga 1: Beställningscentralen strävar efter en smidig hemtransporter med så få omvägar som möjligt där ett sätt att minska omvägarna är att göra delningar av resor. Det kan t ex gå till så att vid resa från Sunderbyn, där en resenär ska till Gällvare och en till Pajala, åker de i samma fordon till Överkalix där transporten delas och resenären till Pajala får byta till annat fordon.

Fråga 2: Förarna har i de allra flesta fall tillgång till GPS i fordonet, varför de normalt inte har några problem att hitta även om det gäller orter i glesbygden. Om föraren trots detta stöter på problem har de direktiv att ta kontakt med beställningscentralen som då hjälper till att lösa det aktuella problemet.

Fråga 3: Vid bokning av hemresan uppger vårdpersonalen alltid vilken adress sjukresenären ska åka till. Beställningen vidarebefordras sedan elektroniskt eller via fax till taxibolaget, som i sin tur delar ut uppdraget till lämpligt fordon. Fullständiga uppgifter ska alltid lämnas till föraren och förarna har tydliga direktiv att de inte får avvika från beställning, exempelvis lämna på annan adress än den som angivits i beställningen, utan att först ta en kontakt med beställningscentralen.

Frågorna 4 och 5: För att sjukresenären ska få åka på ett sådant sätt som det medicinska behovet kräver är det viktigt att vårdpersonalen anger om patienten har speciella behov.

För att underlätta och förbättra beställningsrutinerna pågår ett arbete med att ta fram en checklista/manual för vården att användas vid beställning av sjukresor. Det är viktigt att färd sättet bedöms både utifrån patientens medicinska behov och omvårdnadsbehov i relation till resans längd och bekvämlighet. Om det klart framgår att någon enskild resenär behöver avlämnas först är det bra om föraren där det är möjligt anpassar i vilken ordning resenärerna avlämnas.

Fråga 6: Enligt avtal med taxiföretagen ska föraren ge god service, vilket exempelvis innebär hjälp i och ur fordon. Resenären kan vid beställningen eller vid framkomsten begära att få hjälp till dörren.

Fråga 7: Att samordna besökstider till samma dag inom sjukhusens kliniker för patienter med lång resväg är en önskan som ansvariga för sjukresor haft under flera år. Tyvärr medger inte tidsbokningen i VAS-systemet denna möjlighet genom att en klinik inte kan se en annan kliniks bokade besökstider. Möjligheten att införa en sådan funktion får värderas i samband med utvecklingen av VAS till VAS+.

Där brister/incidenter gällande specifik sjukresa inträffar är beställningscentralen tacksamma om dessa rapporteras in så snart som möjligt. Detta för att de lättare ska kunna göra en uppföljning samt vidta eventuella åtgärder. Vad

gäller transporter med bårtaxi försöker beställningscentralen i möjligaste mån styra alla långa resor med bårtaxi till multifordon, d v s ett fordon som kan ta sittande, sittande i rullstol samt resenärer på bår. Dessa fordon har en mer flexibel bår och hög takhöjd, vilket gör att resan upplevs behagligare för resenären.

## § 8

### Landstingsplan 2012–2014

Vid föregående sammanträde (14 februari 2011) delades landstingsplanen för åren 2011–2013 ut.

Britt Westerlund redogjorde för det aktuella läget i landstingsplanarbetet. Landstingsplanen tas vid två tillfällen; dels i juni och dels i november. F n funderar de politiska partierna på vilka frågor de vill lyfta i planen.

Handikapporganisationerna har möjlighet att senast den 15 april lämna in skriftliga synpunkter. De skickas till Carola Fransson, Norrbottens läns landsting, Ekonomienheten, 971 89 Luleå.

## § 9

### Tillgång till bassänger

Division Primärvård har fått ett uppdrag, som ska redovisas före sommaren, att inventera befintliga bassänger i anslutning till länets vårdcentraler. Det gäller både landstingets egna bassänger och bassänger i fastigheter där landstinget är hyresgäst.

Inventeringen ska vara ett underlag till politiken avseende primärvårdens behov av bassänger för att tillgodose den medicinska rehabiliteringen som primärvården ansvarar för.

En annan fråga för politiken att eventuellt ta ställning till är patientföreningarnas nyttjande av bassängerna.

Informationen lades med godkännande till handlingarna.

## § 10

### Fritt val av hjälpmedel

Regeringen beslöt den 5 februari 2011 att tillsätta en utredare (dir 2011:7) som ska lämna förslag på hur ett system för fritt val av hjälpmedel kan utformas och tydliggöra vissa frågor för att stödja, underlätta och främja införandet av fritt val av hjälpmedel i kommuner och landsting. Syftet är att stödja huvudmän i arbete med att införa fritt val av hjälpmedel så att fler äldre och personer med funktionsnedsättning ska få möjlighet att själv välja hjälpmedel. Målsättningen är att så många som möjligt ska ha rätt att själva välja hjälpmedel i framtiden.

Utredaren ska bl a:

- Föreslå olika lösningar för hur landsting och kommuner kan införa fritt val av hjälpmedel och därmed öka brukarens handlingsutrymme.
- Beskriva och tydliggöra hur ansvaret ska fördela sig mellan förskrivare, brukare och leverantörer i de olika lösningar som föreslås.
- Analysera och lämna förslag på hur förutsättningarna för en ökad valfrihet ska kunna förbättras utifrån rådande ansvarsfördelning mellan huvudmännen.

Uppdraget ska redovisas senast den 2 december 2011.

Informationen lades med godkännande till handlingarna.

## § 11 Effekter av vårdvalet

Lars-Åke Andersson hade väckt frågan om vilka effekterna av vårdvalet blivit för Älvsbyns del.

Älvsbyn har ca 8 300 invånare. I slutet på mars var 7 910 personer listade på vårdcentralen.

Vårdcentralen har sex läkartjänster i budget. I dagsläget finns tre läkare som är tillsvidareanställda. De har arbetstid motsvarande 2,25 befattningar. Vårdcentralen har vikarier i form av bolag samt en vikarie anställd ett år framåt. Denna situation gör att de har svårt att erbjuda fast läkarkontakt till våra patienter.

Vårdcentralen har kommit till rätta med tidigare års underskott. Det faktum att en del patienter valt att lista sig på andra vårdcentraler har inneburit mindre resurser.

Bland de åtgärder som vidtagits för att komma till rätta med den minskande ekonomiska ramen kan nämnas en översyn av lokaler, samordningsvinster personalmässigt genom att flytta ihop verksamheter m m. Hyresavtalet med kommunens fastighetsbolag angående varmvattensbassängen är uppsagt. Istället köper vårdcentralen de timmar som finns behov av.

På länsnivå kan strömningarna mellan vårdcentralerna under perioden 1 januari 2010–6 april 2011 illustreras genom följande tabell:

Vårdcentral	Till			Från Överströmning	Netto inkl nyinflyttade, -födda	Netto exkl nyinflyttade, -födda
	Överströmning	Nyinflyttade, -födda	Summa			
Arjeplog	64	188	252	152	100	-88
Arvidsjaur	205	355	560	221	339	-16
Bergnäset	999	337	1 336	1 952	-616	-953
Björknäs	1 629	590	2 219	1 852	367	-223
Björkskatan	689	301	990	1 476	-486	-787
Björnen	4 045	1	4 046	310	3 736	3 735
Cederkliniken	4 672	0	4 672	287	4 385	4 385
Erikslund	872	361	1 233	2 317	-1 084	-1 445
Forsen	764	440	1 204	746	458	18

Vårdcentral	Till			Från	Netto inkl nyinflytta- de, -födda	Netto exkl nyinflytta- de, -födda
	Över- strömning	Nyinflytta- de, -födda	Summa	Över- strömning		
Furunäset	803	283	1 086	2 408	-1 322	-1 605
Gammelstad	1 131	366	1 497	2 155	-658	-1 024
Graniten	1 113	538	1 651	1 012	639	101
Grytnäs	629	209	838	644	194	-15
Haparanda	292	620	912	463	449	-171
Harads	175	137	312	402	-90	-227
Hermelinen	9 044	2	9 046	988	8 058	8 056
Hertsön	738	380	1 118	1 659	-541	-921
Hortlax	508	201	709	887	-178	-379
Jokkmokk	138	226	364	241	123	-103
Kalix	845	381	1 226	921	305	-76
Maimberget	652	445	1 097	705	392	-53
Malmen	1 050	589	1 639	1 115	524	-65
Mjölkudden	1 006	369	1 375	1 867	-492	-861
Norrjärden	466	210	676	1 010	-334	-544
Pajala	235	205	440	303	137	-68
Piteå	1 612	581	2 193	4 936	-2 743	-3 324
Porsön	1 146	979	2 125	1 058	1 067	88
Råneå	349	171	520	468	52	-119
Sanden	1 298	371	1 669	1 731	-62	-433
Stadsviken	3 091	610	3 701	4 622	-921	-1 531
Vittangi	168	132	300	219	81	-51
Åkerbäret	2 057	0	2 057	81	1 976	1 976
Älvsbyn	346	384	730	785	-55	-439
Öjebyn	951	377	1 328	2 662	-1 334	-1 711
Örnäset	1 909	447	2 356	2 855	-499	-946
Överkalix	139	129	268	209	59	-70
Övertorneå	162	242	404	275	129	-113
Ej fördelade	27	10	37	25	12	2
<b>TOTALT</b>	<b>46 019</b>	<b>12 167</b>	<b>58 186</b>	<b>46 019</b>	<b>12 167</b>	<b>0</b>

Informationen lades med godkännande till handlingarna.

## § 12 Rapporter

### § 12:1 Landstingsdirektörens rapport

Landstingsdirektörens rapport till styrelsen den 9 februari och 10 mars hade skickats ut tillsammans med föredragningslistan till sammanträdet.

**§ 12:2****Vissa beslut i landstingsstyrelsen**

Följande beslut i landstingsstyrelsen den 9 februari hade skickats ut tillsammans med föredragningslistan till sammanträdet:

- Nationell kampanj för att förbättra överlevnaden vid stroke (§ 15).
- Handlingsplan för kunskapsutveckling inom äldreområdet 2011-2013 (§ 16).
- Stöd för ansökan om statsbidrag 2011 för regionalt cancercentrum (RCC) i norra sjukvårdsregionen (§ 42).

Följande beslut i landstingsstyrelsen den 10 mars hade skickats ut tillsammans med föredragningslistan till sammanträdet:

- Styrelsens beredning av programberedningens verksamhetsrapport för år 2010 (§ 51).
- Styrelsens beredning av hälso- och sjukvårdsberedningarnas verksamhetsrapporter för år 2010 (§ 52).
- Årsredovisning för år 2010 (§ 53).
- Närsjukvårdsutredningens rapport Framtidens hälso- och sjukvård i Norrbotten (§ 57).
- Införande av närsjukvård inom Norrbottens läns landsting – direktiv för fortsatt utredningsarbete (§ 58).

**§ 13****Övriga frågor****§ 13:1****Vård utanför länet för vissa patientgrupper**

F n får fem patienter med psoriasis per år, tre på våren och två på hösten, s k klimatvård i Valle Marina på Gran Canaria. Hudverksamheten betalar för resan och logi.

Neurologiskt handikappade patienter har remitterats för vård på andra enheter i Sverige, utanför Norrbotten enligt följande:

Vårdenhet	Antal patienter	
	2009	2010
Neurocenter, neurokirurgisk klinik, neurologisk mottagning och neurorehabiliteringsavdelningen, Umeå	14	22
Rehabstation, Stockholm	4	12
Rehabiliteringsmedicinsk mottagning, Umeå	6	5
Smärtmottagningen, Umeå	4	3
Handkirurgisk mottagning, Umeå	2	1
Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg	2	1
Smärtkliniken AB, Umeå	2	1
Rekryteringsgruppen Bosön, Lidingö	2	-

Vårdenhet	Antal patienter	
	2009	2010
?	1	1
Akademiska sjukhuset, Uppsala	1	-
Kirurgisk klinik, Göteborg	1	-
Kolbäckens habiliteringsteam, Umeå	-	1
Neurocentrum, Uppsala	-	1
Ryggkirurgiska kliniken, Umeå	-	1
Smärtenheten, Stockholm	-	1
Stroke-Center, Umeå	1	-
<b>Totalt</b>	<b>40</b>	<b>50</b>

Informationen lades med godkännande till handlingarna.

### § 13:2 Försäkring av hjälpmedel

Katarina Palm tog upp frågan vad som gäller när ett hjälpmedel skadas.

§§ Enligt ett PM från jurister på Sveriges Kommuners och Landsting gäller bl a följande för brukaren:

Ett hjälpmedel som tillhandahålls av landstinget är formellt sett ett lån.

”Brukaren är skyldig att väl vårda sitt hjälpmedel samt följa de instruktioner och anvisningar som följer med detta. För det fall ett hjälpmedel skadas eller försvinner uppkommer frågan om ersättningsansvar för brukaren. Vid bedömning av ersättningsfrågan är skadeståndslagen (1972:207) tillämplig. Enligt 2 kap. 1 § skadeståndslagen skall den som uppsåtligen eller av vårdslöshet vållar personskada eller sakskada ersätta skadan. Med sakskada jämföras därvid förlust av föremålet. Om ett hjälpmedel skadas till följd av en ren olyckshändelse är brukaren inte ersättningsskyldig. Någon möjlighet att genom avtal ålägga brukaren ett strikt ansvar torde inte finnas. I samband med att ett hjälpmedel lämnas ut bör brukaren informeras om att ersättnings-skyldighet kan uppkomma vid skada eller förlust av hjälpmedlet.”

”Om ett hjälpmedel skadas eller försvinner har kommunen respektive landstinget att bedöma om brukaren har varit vårdslös. Att det skulle vara fråga om uppsåtligt handlande är kanske mindre troligt i dessa sammanhang. En skadeståndsrättslig bedömning måste göras i varje enskilt fall. Att ge några allmänna riktlinjer för när vårdslöshet kan anses föreligga är knappast möjligt. Ersättningsskyldighet kan t.ex. uppkomma om brukaren lämnar sitt hjälpmedel utan uppsikt och detta försvinner. En brukare som inte sköter sitt hjälpmedel på föreskrivet sätt torde också kunna bli ansvarig för skada till följd av misskötseln. Normalt slitage föranleder dock inte någon ersättnings-skyldighet för brukaren.”

Utifrån detta PM har landstinget utarbetat riktlinjer för hur frågor om hjälpmedel som stjäls, vandaliseras, förstörs, missköts m m ska hanteras.

Riktlinjerna innebär att när något inträffar med ett hjälpmedel ska brukaren höra av sig till den som förskrivit hjälpmedlet. Förskrivaren samlar in fakta om vad som hänt och vidarebefordrar informationen. Länservice gör en teknisk bedömning av hjälpmedlet avseende livslängd, funktionsduglighet, går det att reparera o s v. Underlaget skickas sedan till en hjälpmedelskonsu-

lent som har en samordnande roll i dessa sammanhang. Detta för att få en så enhetlig hantering till stånd som möjligt.

Förskrivaren skickar ut underlag och ersättningskrav från landstinget till patienten som ombeds kontakta sitt försäkringsbolag. I den ersättning som försäkringsbolaget betalar ut till landstinget ingår inte självriskan. Vårdcentral, eller annan enhet inom landstinget, fakturerar patienten för självriskan i de fall ett hjälpmedel förstörts p g a misskötsel.

## § 14

### Nästa sammanträde

Nästa sammanträde äger rum onsdagen den 7 september.

## § 15

### Sammanträdet avslutning

Britt Westerlund tackade de närvarande och förklarade sammanträdet avslutat.