

Minnesanteckningar förda vid träff mellan landstingsmajoriteten och länets funktionshinderorganisationer

Tid: Måndagen den 16 oktober 2017 kl 09.00 – 10.45

Plats: Blå Jungfrun, Oskarshamns sjukhus

Närvarande från landstinget

| | |
|-------------------------|-----------------------------|
| Anders Henriksson (S) | Landstingsstyrelsens ordf. |
| Jonas Hellberg (S) | Funktionshinderrådets ordf. |
| Kaj Raving | Politisk sekreterare |
| Jessica Rydell (MP) | Landstingsråd |
| Lena Segerberg (S) | Landstingsråd |
| Mimmi Hogland Blomkvist | Funktionshinderstrateg |
| Jonas Lundgren | Funktionshinderrådets sekr. |

Närvarande funktionshinderorganisationer

Personskadeförbundet RTP i Kalmar län
Parkinsonföreningen i Kalmar län
Strokeföreningen i Kalmar län
Neuroförbundet i Kalmar län
Hjärnskadeförbundet Hjärnkraft i Kalmar län

1. Lena Segerberg inledde med att hälsa alla välkomna och förklarade upplägget för dessa träffar. Härefter genomfördes en presentationsrunda.
2. Anders Henriksson informerade om att förslaget till landstingsplan för perioden 2018-2020 presenterades denna dag.
Vidare informerade han om:
 - Det som är bra i Kalmar län.
 - Landstingets utmaningar framåt (jämlighet, organisation, delaktighet samt rekrytering av personal).
 - Satsningar i planförslaget (utveckling av primärvården, barn och unga, äldre, digitalisering, medarbetare samt nya lokaler).
3. Från Hjärnskadeförbundet Hjärnkraft ställdes en fråga rörande bidrag till deltagande i en konferens om framtidens sjukvård. Man påtalade också funktionshinderrörelsens roll som resurs för landstinget.

Mimmi Hogland Blomkvist förklarade att Funktionshinderenheten inte förfogar över några sådana medel. Jonas Hellberg informerade om att förslaget till landstingsplan innehåller förslag om höjning av anslaget till länets organisationer för funktions-

nedsatta. Han rekommenderade att man tar med deltagande i konferenser i nästa års ansökan. Lena Segerberg tipsade om landstingets intressebank där patienter och anhöriga kan anmäla sig.

En annan fråga som ställdes var om hemtagande av patienter från regionsjukvården och om snabbare utskrivning från slutenvården. Jessica Rydell svarade att detta ska fungera då primärvården nu blir en del av hela vårdprocessen enligt den överenskommelse som nu finns.

4. Strokeföreningen hade anmält följande frågor:

- Vad görs för att öka möjligheterna för behandling med trombolys och/eller trombektomi? Svar från Andreas Hurve, strokeprocessledare för länet:
Enheterna arbetar aktivt med att granska resultaten från Riks-Stroke bl.a med avseende på DTN (Door to needle-time). D v s tiden det tar från att ambulansen anländer till sjukhuset till dess att trombolysbehandling startats. En längre DTN betyder att processen på sjukhuset behöver belysas och de orsaker till fördröjningen av behandlingen korrigeras. I Kalmar har vi börjat med simulatorträning av primärjournsgruppen för att öva handläggningen i det akuta skedet. Vi planerar också simulatorutbildning av samtlig ssk-personal på avd 17 för att öka kunskapen om hanteringen av läkemedel i samband med trombolys. Även avseende trombektomi spelar DTN en central roll för att patienter från södra länsdelen ska få möjlighet till trombektomi i Linköping. En annan väsentlig faktor avseende trombektomi är transporttiden där hjulbaserad transport gör det mycket svårt att hinna behandla patienten inom maxtid till behandling (6 h). Avsaknaden av luftburen ambulanstransport är i det perspektivet något negativt då hjulbaserad transport tar ca 2,5 timmar (240 km) och luftbaserad ca 45-60 minuter (200 km).
- Vad kan ni göra för att förbättra samarbetet med kommunerna? Svar från Andreas Hurve:
Samarbetet är bra och den nya lagen som träder i kraft vid årsskiftet har medfört en bättre aktivitet mellan sjukhus och kommun i samband med hemgång. Tidig understödd hemgång är ett koncept som innebär att patienten fortsätter sin rehabiliteringsträning i hemmet, men under vägledning av strokeenhetens fysioterapeuter och arbetsterapeuter.
- Hur kan den strukturerade uppföljningen av de nya nationella riktlinjerna förbättras? Svar från Andreas Hurve:
Ett närmare samarbete mellan primärvård och slutenvård är önskvärt. De flesta patienter träffar en strokesjuksköterska efter tre månader, men i arbetet med det nationella kunskapsstödet för primärvården kan en fördjupad diskussion genomföras kring hur primärvården på ett mer strukturerat sätt kan ta vid efter att strokesjuksköterska har bedömt patienten efter tre månader.
- Vilka åtgärder görs för att strokepatienter inte ska hamna på andra avdelningar? Svar från Andreas Hurve:

Det finns en tydlig insikt bland primärjourer och avdelningspersonal att stroke- och TIA-patienter skall vårdas på strokeenhet. Enligt Riks-Stroke vårdades i länet i snitt 94 % på strokeenhet under 2016.

- Hur sker arbetet för att upprätthålla strokekompetensen bland personalen? Svar från Andreas Hurve:
Dels genom återkommande utbildningar för nyanställda enligt Strokeförbundets riktlinjer och dels genom återkommande utbildning av läkargruppen via strokeläkare.

Enligt intentioner i landstingsplanen ska landstinget stärka strokepatienters möjlighet att få rehabilitering och stöd för att få tillbaka sitt tal.

5. Personskadeförbundet RTP hade lämnat in följande frågor:

- Finns bedömningsmottagning för nackskador i länet eller är det Linköping som gäller? Svar från Anders Linge, Verksamhetschef på Ortopedkliniken i Kalmar:
Vi har ingen speciell nackmottagning på ortopedien i Kalmar, däremot gör vi bedömningar av nackskadade patienter både på akutmottagningen och vid uppföljande kontroller på ortopedmottagningen. Vi utför vid behov kirurgi i bröstryggen och ländryggen, men aldrig i halsryggen. Patienter som behöver bedömning avseende eventuell kirurgi i halsryggen remitteras till Linköping.
- Hur får vi del av de senaste metoderna till förbättring vid nacksmärta p g a whiplash-skada? Svar från Anders Linge:
På ortopedkliniken har vi ingen behandling för långdragna smärtproblem i halsryggen. Vi utreder nacksmärta när det är indicerat, men långdragen smärtproblematik hänvisas till husläkare, eller vid uttalade problem till smärtkliniken i Västervik. I stort sett utan undantag remitteras patienter med långdragna smärtor i nacke och rygg till sjukgymnast för behandling och träning.
- Varför tas knä bort vid två av tre amputationer i vårt län? Svar från Anders Linge:
Frågan om amputationsnivå har diskuterats ingående på kliniken senaste året med anledning av registerresultat. Till följd av registerresultaten har en av klinikkens ST-läkare sitt specialistprojekt (ST-arbete) att analysera dessa data. De uppgifter som bl a kontrolleras i den genomgången är patientens gångförmåga före och efter amputationen, boendeform före och efter amputationen och patientens övriga sjukdomar såsom diabetes och även eventuell förekomst av tobaksbruk. En anledning till den relativt sett stora andelen höga amputationer bedömer vi vara att vi är väldigt aktiva med behandling av bensår som medför att vi får en selektion av patienter som är så gravt kärlsjuka när det blir dags för amputation att det inte är möjligt att utföra amputationen på en lägre nivå än ovan knäleden. På Länssjukhuset har vi dessutom en mycket aktiv endovaskulär verksamhet på röntgenavdelningen (s k "ballongsprängning" och inläggning av

kärlvidgande stentar i täppta blodkärl) och när alla andra behandlingsmöjligheter är uttömda ger kärlkirurgen oss besked om vilken nivå som har adekvat cirkulation för adekvat sårsläkning vid amputation. Många gånger är det beskedet att underbens-amputation inte är möjlig och då blir det amputationsnivån antingen genom knäleden (exartikulation) eller amputation ovan knäleden, d v s på lårbensnivå. Möjligen kan även det faktum att medelåldern för för invånarna i Kalmar län är bland Sveriges högsta påverka förekomsten av bensår och amputationsbehov. Frågan om amputationsnivå är således komplex och vi kommer säkert att få ytterligare svar på dessa frågor när ST-arbetet presenteras framöver.

- Hur utvecklas vården för neurologiska diagnoser? Svar från Anders Linge:
Vi utför ingen specifik behandling för neurologiska diagnoser på ortopedkliniken i Kalmar.

Samma som ovanstående punkter gäller även för Västervik med den skillnaden att där utför man inte operationer i ländryggen längre.

- Vad gäller förebyggande arbete inom primärvården har 8 miljoner kronor gått till livsstilmottagningarna när de startade. Man har nu gjort en omcertifiering av verksamheten för att underlätta uppföljning.
- Primärvården i Mörbylånga tvingades stänga under fyra veckor sommaren 2017 då man inte lyckats bemanna tillräckligt för att behålla en god patientsäkerhet.
- Kunskapen kring post-polio inom primärvården ligger troligen på samma nivå som tidigare.

6. Neuroförbundet hade inlämnat följande frågor:

- Vad har hänt med de frågor som togs upp på motsvarande träffar 2015 och 2016. Lena Segerberg gick igenom och meddelade att inget nytt fanns att rapportera rörande bassängerna. En genomgång har gjorts och man samarbetar med kommunerna när nya bassänger byggs. Vad gäller Överums hälsocentral är det svårt att rekrytera personal dit och Gamleby har inte möjlighet att låna ut personal.
- Vad gäller intensivrehabilitering ska denna numera ske inom länet. Enligt förbundets representanter är dock resurserna inte tillräckliga. Man menar att något måste hända snabbt. Det går dock sakta framåt. Lena Segerberg lovade att arbeta för förbättringar.
- Förbundet menar att alla med neurologiska diagnoser bör ha tillgång till neuroteam. Detta brister idag vad gäller samtliga diagnoser. Man saknar teamkänslan. Man vill väcka denna fråga nationellt.
- Frågan om länsfärdtjänst väcktes på nytt.
- Då det inte fungerar tillfredsställande att använda kollektivtrafiken för personer som använder rullstol (manuell eller

elektrisk) menar förbundet att dessa personer borde få gratis sjukresa med färdtjänstfordon istället. Detta eftersom andra kan nyttja gratis bussbiljetter vid sina resor till vårdinrättningar. Närvarande politiker lovade ta med sig denna fråga.

Härefter informerade Mimmi Hogland Blomkvist kring 2017 års hjälpmedelsutredning vilken i stort inte föranleder några förändringar vad gäller huvudmannaskap och rätten att ta ut egenavgifter. Dock tillkommer möjlighet att förskriva enklare fritidshjälpmedel. Det har dock inte tagits något beslut ännu av regeringen hur det kommer att bli.

7. Parkinsonföreningen undrade hur Parkinsonteamet fungerar. Närvarande politiker lovade ta med sig frågan och återkomma.
8. Hjärnskadeförbundet Hjärnkraft ansåg att psykiatri i länet måste bli bättre på att uppmärksamma somatiska besvär och att den psykiatriska och somatiska vården måste samarbeta bättre. Vidare påtalade man vikten av att vården i länet blir bättre på suicidprevention.

Kaj Raving och Lena Segerberg meddelade att arbete för förbättringar vad gäller samarbetet mellan psykiatri och den somatiska vården pågår. Vad gäller suicidprevention arbetar man med en första hjälpen-utbildning. De meddelade också att de tar med sig organisationens synpunkter.

Slutligen ställdes en fråga om var kogmed-licenserna finns samt om dessa används. Efter kontakt med berörda verksamheter har det framkommit att dessa finns inom Rehab Norr samt vid rehabmottagningen i Kalmar. Samtliga används.

9. Jonas Hellberg gav sin syn på betydelsen av dessa träffar samt informerade kring framtaget förslag till handlingsplan med mål och mått inom funktionshinderområdet. Han påtalade också vikten av att liknande träffar också sker närmare verksamheten.

Organisationernas representanter gav sin syn på dessa träffar och menade att de absolut fyller en funktion.

Vid anteckningarna

Jonas Lundgren